EINSTELLUNGSUNTERSUCHUNG ZUR ANGST VOR TOD UND STERBEN BEI PARKINSON-PATIENTEN UND IHREN EHEPARTNERN

Hans-Ludwig Ostheim

Diss. Frankfurt am Main
1983

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Aus dem Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie
des Klinikums der J.W. Goethe-Universität
Frankfurt am Main
Abteilung für Neurologie
(Leiter: Prof. Dr. P.-A. Fischer)

EINSTELLUNGSUNTERSUCHUNG ZUR ANGST VOR TOD UND STERBEN BEI PARKINSON-PATIENTEN UND IHREN EHEPARTNERN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
des Fachbereichs Humanmedizin der
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/M.

vorgelegt von
Hans-Ludwig Ostheim
aus Königstein / Ts

Frankfurt am Main
1983

Dekan:	Prof. Dr. H. J. Müller
Referent:	Prof. Dr. P. Jacobi
Korreferent:	Prof. Dr. H.-U. Deppe

Tag der mündlichen Prüfung: 26.9.1983

A b s t r a c t

OSTHEIM, HANS-LUDWIG:

EINSTELLUNGSUNTERSUCHUNG ZUR ANGST VOR TOD UND STERBEN BEI PARKINSON-PATIENTEN UND IHREN EHEPARTNERN

Die vorliegende Einstellungsuntersuchung exploriert Angst vor Tod und Sterben in ihren Teilaspekten bei 30 Parkinson-Kranken beiderlei Geschlechts, ihren Ehepartnern und 60 gesunden Vergleichspersonen. Zur Einstellungsuntersuchung wurde eine englischsprachige, von Hoelter (1978) entwickelte, aus acht Dimensionen bestehende Todesangstskala mit insgesamt 42 skalierten Items ins Deutsche übertragen, in einer Voruntersuchung erprobt und modifiziert. Besonders berücksichtigt wurden Einflüsse von Persönlichkeitsmerkmalen, der Erkrankungsschwere und des Geschlechts auf die Angstausprägung.
Die Ergebnisse verdeutlichen, daß Angst vor Tod und Sterben kein eindimensionales Phänomen ist, sondern sich in mehrere Teilbereiche aufspaltet, mit unterschiedlichem Bedeutungsgehalt für die Befragten. Durch einen erstmals verwendeten Fragenkomplex, der Angst vor dem Lebendig-Begrabenwerden erfaßt, konnte besonders bei den Parkinson-Patienten ein überraschend hohes Angstausmaß ermittelt werden. Es zeigte sich, daß chronisch Kranke generell mehr Angst vor Tod und Sterben verbalisieren als Gesunde. Art und Grad der Todesangst lassen sich jedoch nicht ausreichend monofaktoriell durch den neurologischen Status (die Erkrankungsschwere) voraussagen. Über den Einfluß des Geschlechts kann ausgesagt werden, daß Frauen im allgemeinen mehr Sterbensangst äußern als Männer. Zwischen der Angst vor Tod und Sterben und dem Persönlichkeitsmerkmal des Neurotizismus (der emotionalen Labilität) konnten signifikant positive Korrelationen ermittelt werden, nicht jedoch mit dem Merkmal der Extraversion.

Bei Untersuchungen in der vorliegenden Form muß berücksichtigt werden, daß nicht nur Ängste abgefragt, sondern auch solche induziert werden können. Die Ergebnisse enthalten deshalb prinzipiell Anteile der speziellen Interaktionssituation zwischen Untersucher und Untersuchten, worauf am Schluß auch im Hinblick auf Folgeuntersuchungen eingegangen wird.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523704_0019

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Problemstellung	4
2.1	Das Parkinson-Syndrom	5
2.2	Angst und Furcht	15
2.3	Tod und Sterben	18
2.4	Angst vor Tod und Sterben	22
3.	Voruntersuchung	27
3.1	Der multidimensionale Todesangst-fragebogen von Hoelter	28
3.2	Konstruktion der deutschsprachigen Fragebogenversion	33
3.3	Vorversuche und Ergebnisse	43
4.	Hauptuntersuchung	47
4.1	Untersuchungsgut und Methodik	49
4.1.1	Fallmaterial	49
4.1.2	Untersuchungsverfahren	55
4.1.3	Auswertungsverfahren	58
4.2	Ergebnisse des Fragebogens zu Angst vor Tod und Sterben	60
4.3	Ergebnisse des Persönlichkeitsfrage-bogens und Angst vor Tod und Sterben	85
4.4	Ergebnisse der Erkrankungsschwere und Angst vor Tod und Sterben	92
4.5	Ergebnisse der Geschlechtsabhängig-keit von Angst vor Tod und Sterben	97

5. Zusammenfassung und Diskussion 101

6. Ausblick 105

7. Literaturverzeichnis 108

8. Anhang 111

8.1 Antworthäufigkeiten des Todesangst-fragebogens 111

8.2 The Multidimensional Fear of Death Scale 123

8.3 Der mehrdimensionale Fragebogen zur Angst vor Tod und Sterben 126

8.4 Eysenck - Persönlichkeitsfragebogen 131

8.5 Allgemeine Beeinträchtigungsskala 133

1. Einleitung

Es ist sicherlich eine triviale Feststellung, daß die Menschen sich seit jeher Gedanken über Tod und Sterben gemacht haben. Trotzdem gehören sie zu denjenigen Phänomenen, die Unbehagen und Angst einflößen, deren Konfrontation man sich nur allzugern entzieht, obwohl die Thematik unausweichlich und bei Geburt bereits vorprogrammiert ist.

Eigentlich hat Angst vor Tod und Sterben auch einen sinnvollen Einfluß, z.B. um den Menschen vor unüberlegten Handlungen zu bewahren, die Gefahren für Leib und Leben beinhalten. Merkwürdig ist nur, daß sie als etwas nahezu Unmoralisches, Peinliches empfunden wird. Man versteckt sie voreinander. Es kommt vor, daß z.B. ein sterbenskranker Mann seiner Frau seinen Zustand zu verheimlichen versucht.

Nach Levitt (1979) ist die potentielle Bedeutung der Angst vor dem Tod für die menschliche Existenz trotz ihrer Wichtigkeit noch weitgehend unerforscht. Vielleicht liegt dies darin begründet, daß der Mensch bei der gedanklichen Auseinandersetzung mit der Todesthematik eigene Verleugnungsstrategien gefährden würde.
Nimmt man die Zahl von Veröffentlichungen zu einem Thema als Indikator für das wissenschaftliche Interesse, das ihm entgegengebracht wird, so findet

UNIV. LEIDEN PSYCH.

die Todesthematik erst seit etwa 20 Jahren zunehmend Beachtung, vor allem im englischsprachigen Raum (vgl. Wittkowski, 1978).

Um das aufkeimende Interesse im deutschsprachigen Raum zu unterstützen, wurde eine von Hoelter (1978) entwickelte, aus 42 Items bestehende mehrdimensionale Todesangstskala übersetzt, die Übersetzung in Zusammenarbeit mit unabhängig voneinander arbeitenden zweisprachigen Kollegen verbessert und zuguterletzt aufgrund von Ergebnissen einer Voruntersuchung in die endgültige Form gebracht.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden u.a. Anregungen von Wittkowski (1978, 1980b) berücksichtigt, die auf die bisher nur mangelhafte Einbeziehung von aussagekräftigen Persönlichkeitsmerkmalen in den vergangenen Untersuchungen hinweisen, obwohl Ängstlichkeit, Erleben und Verhalten des Menschen nicht zuletzt durch relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale determiniert wird, die auch für die Ausprägung von Angst vor Tod und Sterben von Belang sind.

Ziel der vorliegenden Dissertation ist:

1) Einen dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechenden standardisierten mehrdimensionalen Fragebogen zur

Angst vor Tod und Sterben in die deutsche Sprache zu übertragen und aufgrund von Ergebnissen einer Voruntersuchung zu modifizieren.

2) Mit diesem Instrument Angst vor Tod und Sterben in seinen Teilaspekten bei Menschen mit und ohne Alterskrankheit (Parkinson-Patienten) und deren Ehegatten zu explorieren, unter besonderer Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen, Krankheitssymptomen und Geschlecht.

2. Problemstellung

Auf den folgenden Seiten wird das Krankheitsbild der Parkinsonschen Erkrankung vorgestellt und zu den explorierten Phänomenen (Angst/Furcht; Tod/Sterben) Stellung genommen. Ferner wird ein kurzer Überblick über bisher entwickelte Todesangstskalen gegeben und die Problematik bei der Verwendung der Begriffe Todesangst/Todesfurcht bzw. Angst vor Tod und Sterben erörtert.

2.1 Das Parkinson-Syndrom

Das Krankheitsbild des voll entwickelten Parkinson-Syndroms ist sehr charakteristisch und kaum zu verkennen.
Die Mimik ist starr und ausdruckslos, die begleitende Gestik spärlich. Das Gangbild ist kleinschrittig und schlurfend, die Körperhaltung gebeugt. Die Sprache oft leise und schwer verständlich. Feinmotorische Handlungen wie Knöpfen, Schneiden, Löffeln und Schreiben sind stark beeinträchtigt. Das Schriftbild geht in ein unleserliches Gekritzel über, bis der Bewegungsablauf gänzlich versiegt. Die Reaktion der Patienten auf Reize von außen ist verzögert; das Denkvermögen und die Reaktionsfähigkeit werden auch subjektiv als verlangsamt empfunden.
Die sog. Kardinalssymptome der Parkinsonschen Krankheit sind: Rigor, Tremor und Akinese, ferner Bradyphrenie und vegetative Begleiterscheinungen.

Für das Parkinson-Syndrom ist die Akinese eine sehr charakteristische Bewegungsstörung. Die Probleme bestehen darin, Bewegungen in Gang zu setzen und den Bewegungsablauf wie vorgesehen zu beenden. Die Akinese äußert sich als Verarmung an mimischem und gestischem Ausdruck, die Bewegungen wirken hölzern, das Gesicht maskenhaft. Die Mimik des Kranken ist starr mit seltenem Lidschlag, Kopf und Rumpf werden gemeinsam gedreht. Der Bewegungsablauf ist langsam

und sparsam, so daß der Eindruck der Demenz entstehen kann. Der Patient spricht leise und monoton, Mitbewegungen wie z.B. das Schwingen der Arme beim Gehen fehlen, die Schrift ist klein (Mikrographie) und geht teilweise in Gekritzel über.

Unter dem Rigor versteht man eine typische Tonusvermehrung der Muskulatur, die bei passiver Bewegung ständig spürbar ist oder rhythmischen Widerstand entgegensetzt (Zahnrad-Phänomen). Die Zunahme des extrapyramidalen Muskeltonus, bei dem Agonisten und Antagonisten betroffen sind, führt zu einem wächsernen Widerstand insbesondere der Extremitäten. Eine völlige Muskelentspannung ist nicht möglich. Im Schlaf und in Narkose ist der Rigor deutlich vermindert.

Das motorische Plussymptom, der besonders distal an den Extremitäten betonte Tremor, ist bei etwa 80% der Patienten vorhanden und oft das Initialsymptom. Man beobachtet einen mittel- bis grobschlägigen Ruhe- und Haltetremor mit einer Frequenz von 3-7 Schlägen pro Sekunde (Fischer, 1981). Bei Intensionsbewegungen läßt der Tremor nach, verstärkt sich bei Affekten und sistiert im Schlaf.

Verlangsamung aller psychischen Leistungen kennzeichnet die Bradyphrenie. Das Konzentrationsvermögen und die Reaktionsfähigkeit ist beeinträchtigt, Denkabläufe und Anpassung sind verlangsamt. Aufmerksamtkeit und Interesse engen sich immer mehr ein, die Stimmung wird depressiv und labil (Poeck,1977). "Die Differenzierung zwischen bradyphrenen Beeinträchtigungen und Auswirkungen einer irreversiblen organischen Demenz ist häufig schwierig oder gar nicht möglich, da bei den oft in höherem Lebensalter stehenden Patienten beide Formen psychischer Behinderung nebeneinander vorkommen können" (Fischer 1981, S. 9).

Völler (1975) hat darauf hingewiesen, daß die Parkinson-Patienten durch die Eigentümlichkeit ihrer Erkrankung in besonderem Maße sturzgefährdet sind. Durch ein gestörtes Temperaturempfinden sind sie sehr anfällig für fieberhafte Erkrankungen. Vegetative Symptome wie verstärkter Speichelfluß (Hypersalivation) häufiges Schwitzen und Tränenfluß sowie überschießende Talgdrüsentätigkeit (Salbengesicht) und hypotone Kreislaufregulationsstörungen sind charakteristische Begleitsymptome der Erkrankung. Immer wieder klagen die Patienten über Trägheit der Verdauung und funktionelle Störungen der ableitenden Harnwege.

Die Häufigkeit der Parkinson-Krankheit wird auf ca.

2 ‰ geschätzt mit vermehrtem Auftreten in den industrialisierten Ländern. Sie ist derzeit die größte geschlossene Krankheitsgruppe innerhalb des neurologischen Fachgebiets. Die Häufigkeit nimmt im Alter zu mit leichter Prodominanz bei Männern (fünf Männer auf vier Frauen). Das Durchschnittsalter bei Krankheitsausbruch beträgt 55 ± 11 Jahre mit Extremwerten von 17-89 Jahren. Eine hereditäre Prädisposition wird anerkannt, obwohl die familiären Fälle nicht sehr häufig sind (Völler, 1975; Ringwald & Vigouret 1981).

Pathogenetisch kann man das Parkinson-Syndrom in eine Reihe von Formen unterteilen, auch wenn die Aetiologie nicht immer faßbar ist. Zu den wichtigsten zählen:

1) Idiopathische Form (degenerativ) bzw. echte Parkinson-Krankheit (Paralysis agitans)
2) Degenerative Formen
3) Postenzephalische Form
4) Zerebrovaskuläre (arteriosklerotische) Form
5) Medikamentös (z.B. Reserpin), nach Intoxikationen (z.B. CO) und tumoral bedingt.

Mit Ausnahme von Punkt fünf zeigen alle anderen Formen in der Substantia nigra (Ausgangspunkt nigrostriärer und nigropallidaler Neurone) Degeneration melaninhaltiger Zellen, wobei der Zellverlust oft über 50% beträgt (Ringwald et.al. 1981).

Mit den pathologisch-anatomischen Veränderungen ist im Striatum (Putamen und Nucleus caudatus) eine Verschiebung des funktionellen Gleichgewichts zwischen excitatorischen cholinergen und inhibitorischen dopaminergen Neuronen verknüpft, zugunsten der cholinergen Neuronen. Im nigro-striären-pallidalen System nimmt der Gehalt des Überträgerstoffes Dopamin ab, ebenso die Aktivität der zur Dopaminsynthese notwendigen Enzyme Tyrosinhydrolase und Dopadecarboxylase.

An diesem gestörten Gleichgewicht zwischen Dopamin (Bremse) und Acetylcholin (Antrieb) greifen die verschiedenen derzeit gebräuchlichen medikamentösen Therapiemöglichkeiten an, welche da sind: Anticholinergika, L-Dopa und Decarboxylasehemmer, Promokriptin, Amantadin, Betablocker.

Ein größeres Problem der an sich sehr wirksamen medikamentösen Therapie ist, die tägliche Dosis und Einnahmefrequenz so zu wählen, daß ein möglichst gleichmäßiger Wirkspiegel im Tagesverlauf erhalten bleibt. Trotzdem kommt es vor, daß die Patienten in sogenannte akinetische Krisen stürzen, in denen sie für viele Minuten völlig bewegungslos, hilflos und wie eingemauert verharren, bei gleichzeitigem voll erhaltenem Bewußtsein.

Zur Prognose und Verlauf der Erkrankung ist zu sagen, daß die Lebenserwartung der Patienten größtenteils

von der Pflege abhängt, die dem Patienten im Stadium der Invalidität zuteil wird und dem bei Diagnosestellung dominierenden Symptom Tremor, Rigor oder Akinese. Dominiert der Tremor ist die Lebenserwartung etwa 16 ± 6 Jahre, Rigor 12 ± 5 Jahre, Akinese 8 ± 5 Jahre. Führend ist der Tremor in 60%, der Rigor in 25% und die Akinese in 15% der Fälle. Während des Krankheitsverlaufs nimmt besonders die Akinese, der Rigor, Haltungsstörungen, vegetative Funktionsstörungen und die Dysphonie zu, während der Tremor relativ konstant bleibt (Ringwald at al.1981).

"Todesursachen, die durch das Parkinson-Syndrom unmittelbar oder mittelbar hervorgerufen werden, sind vor allem die zentralen vegetativen Dysregulationen im Rahmen akinetischer Krisen, Bronchopneumonien und Dekubitalsepsis bei schwerer Beeinträchtigung und Immobilität" (Fischer 1981, S. 22).

Depressive Verstimmungen sind bei Parkinson-Kranken häufig, wobei dieses Stimmungsverhalten bei zahlreichen Patienten unabhängig von der Beeinflussung der motorischen Parkinson-Symptome durch eine Behandlung ist (Fischer, 1981).
Hierzu bemerkt Jacobi (1980), daß diese depressive Symptomatik in den meisten Fällen nicht den Ausprägungsgrad endogener bzw. psychoneurotischer Depression erreicht.

"Die vom Patienten schmerzlich erlebte psychomotorische Einengung täuscht oft stärkere psychische Einbußen vor, als es tatsächlich der Fall ist" (Huber 1974, S. 87).

"Der Patient empfindet eine quälende Diskrepanz zwischen dem, was er sich noch zutraut, und der geringen Einschätzung, die seine Umwelt wegen seiner ausdrucksarmen Mimik bekundet. In Verkennung der tatsächlich verbliebenen Leistungsfähigkeit und Vitalität sind seine Verwandten, Freunde und Kollegen im Beruf geneigt, ihn als viel hilfloser und eingeengter anzusehen, als er tatsächlich ist oder wahrhaben will; und er ist nicht mehr gewandt und beweglich genug, um seiner Selbsteinschätzung Ausdruck geben zu können" (Schulte & Tölle 1975, S. 273).

In der Öffentlichkeit fürchten die Patienten aufgrund ihrer Bewegungsstörung für verrückt oder volltrunken gehalten zu werden. Ihr Kontakt mit anderen Menschen wird geringer, sie vereinsamen immer mehr und leben zurückgezogen in ihrer Wohnung. Die Anpassungsfähigkeit an eine neue Umgebung ist sehr erschwert, und so vermeiden sie möglichst jede Veränderung, sei es ein Wohnungswechsel oder nur eine Erneuerung des Mobiliars.

Ob man diese Lebensführung bereits als soziales Sterben oder ob sie schon dem sozialen Tod gleichkommt, ist zu diskutieren. Kastenbaum (1972, S. 121f)

argumentierte folgendermaßen: "Ein tatsächlich (noch) lebender Mensch ist sozial tot, wenn er mit anderen Menschen und besonders mit Bezugspersonen nicht (mehr) kommuniziert und wenn Bekannte, Freunde und Verwandte sich ihm gegenüber so verhalten, als existiere er nicht (mehr)".

Die Kranken unternehmen lange Zeit nichts mehr von sich aus, obwohl sie durchaus leistungsfähig sind. Sie verlassen lediglich ihre Wohnung, um - sofern vorhanden - in den Garten zu gehen oder kurze Spaziergänge zu machen. Größere Reisen werden bei fortgeschrittener Erkrankung nicht mehr unternommen, obwohl sie von der physischen Leistungsfähigkeit her durchaus zu meistern wären.
Die Situation der Parkinson-Patienten ist gekennzeichnet durch Einsamkeit, Langeweile und Abhängigkeit von der Gunst des Nächsten. Viele grübeln ständig über ihr bisheriges Leben nach, hadern mit dem Schicksal, warten auf ein neues, besseres Medikament. Mancher änderte auch seinen Lebensstil und lebt bewußter als vor der Diagnosestellung.
Spontan bekennen die Patienten, daß sie Angst vor dem Tod des Ehepartners haben, oft mehr als vor dem eigenen Tod, denn ohne ihn wäre das Leben mit der Krankheit nicht zu ertragen.

Für die Familienangehörigen, insbesondere den Ehepartner, bedeutet die Erkrankung, in Abhängigkeit von deren Ausprägung, eine starke Einengung ihrer persönlichen Entfaltung. Verselbständigungs- und Loslösungstendenzen von Familienmitgliedern werden vom Patienten häufig als Egoismus ausgelegt.
Die Patienten können nur für kurze Zeit ohne Aufsicht gelassen werden, da sie oft hilflos wie ein kleines Kind sind. Nur allzuhäufig wird der Patient vom Ehepartner dadurch in ein kindlich abhängiges Verhältnis gedrängt. Wie bei Kindern antwortet der Erwachsene (Ehepartner), wenn an das Kind (Parkinson-Patient) eine Frage gestellt wird.
Die Angehörigen müssen dem Kranken bei alltäglichen Verrichtungen helfen, ob am Tag oder in der Nacht, finden selbst keine Entspannung und leiden dadurch häufig unter Schlafstörungen. Viele leben ständig in Angst, daß der Patient bei einem seiner vielen Stürze verletzt wird, stationär aufgenommen werden muß und die Erkrankung sich dadurch verschlechtert (vgl. Völler 1975, S. 26).
Mancher Ehepartner fürchtet sich davor, selbst durch eine wie immer geartete Erkrankung die Pflege des Patienten nicht mehr ausführen zu können oder gar noch vor dem Parkinsonkranken zu sterben.

Oft wird von den Ehepartnern erwähnt, daß durch die Erkrankung eine Änderung in der Persönlichkeit des Patienten stattgefunden hat und man nun mit einem anderen Menschen zusammenlebt als jenen, den man geheiratet hat.

2.2 Angst und Furcht

In der gegenwärtigen Literatur wird Angst generell definiert als "unlustbetonter Affektzustand" (Wittkowski 1978, S. 55), als qualvoll unbestimmtes Gefühl der Beengung und Bedrohung, dem man sich ohne Möglichkeiten der Abhilfe oder des Auswegs ausgeliefert sieht. Angst erzeugt innere Unruhe und Spannung und ist immer körperliches und seeliches Phänomen zugleich. Mit den Worten von Schulte at al. (1975, S. 60) gesagt: "Der Mensch hat nicht in einem abgegrenzten Bezirk Angst. Der Mensch ist Angst".

Betrachtet man den Begriff Angst aus etymologischer Sicht, so verweist er auf Bedrängnis, Einengung, Enge und andererseits auf Ungewißheit und Erregung in veränderlicher Zusammensetzung (Wolpe, 1971).

Bei Pöldinger (1982) finden wir folgende fünf Formen der Angst: Realangst, Vitalangst, Gewissensangst, neurotische Angst, psychotische Angst und existentielle Angst.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, daß physiologisch gesehen kein Unterschied zwischen Furcht und Angst besteht. Der menschliche Organismus unterscheidet nicht zwischen spezifischer, objektbezogener oder freiflottierender Angst, ob sie übertrieben oder realistisch ist.

Die somatischen Begleiterscheinungen wie Erhöhung der Herz- und Atemfrequenz, Ansteigen des Blutdrucks, zugeschnürte oder trockene Kehle, Zittern, Kaltschweißigkeit der Handinnenfläche, Erhöhung der Körpertemperatur und des Blutzuckers, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Harndrang sind nicht Folgen der Angst, sondern unmittelbares Korrelat des vegetativen Nervensystems.

Angst von mäßiger Intensität hat aber auch seine positiven Aspekte. Sie treibt den Menschen an und verbessert seine Leistungen, ist Motor für technischen Fortschritt und Triebfeder für künstlerische Gestaltung. Betrachtet man die Geschichte unserer menschlichen Entwicklung bis zum heutigen Tag, so läßt sich der bedeutende Einfluß des Faktors Angst nicht leugnen.
Levitt (1979, S. 149) schrieb: "Die Angst ist ein Janushaupt. Sie kann den Menschen zur Selbstvervollkommnung, zu erhöhter Leistung und zur Tüchtigkeit anspornen, oder sie kann sein Leben und das seiner Umgebung schwer beeinträchtigen. Wie bei vielen anderen Erscheinigungen im menschlichen Leben, scheint es auch bei der Angst lediglich eine Frage ihres Grades, ihrer Intensität zu sein, ob sie sich vorteilhaft oder verderblich auswirkt".

In der älteren Literatur wurde gefordert, dann von Furcht zu sprechen, wenn man sich der bedrohlichen Situation, des Objekts oder der tatsächlichen oder antizipierten Gefahr bewußt ist. Furcht wurde als objektive bzw. Realangst mit Realitätsbezug definiert. Das Unterscheidungskriterium ist also das Existieren bzw. Nichtexistieren eines definierten Objekts bzw. einer Situation.

In der gegenwärtigen Literatur wird die Zweckmäßigkeit und der Sinn dieser Differenzierung angezweifelt. Häufig werden beide Begriffe synonym gebraucht; deren Unterscheidung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt rein theoretisch und für die empirische Psychologie nicht tragfähig. Aufgrund der nur geringfügigen Bedeutungsnuancen sind beide Begriffe austauschbar, da sie auch nur selten in reiner Ausprägung anzutreffen sind (Wittkowski, 1978; Levitt, 1979).

In der vorliegenden Dissertation, in der neueren Literatur zu diesem Thema als auch in der Umgangssprache werden die Begriffe Angst und Furcht synonym gebraucht, ebenso die Formulierungen wie "ich habe Angst vor ..., ich fürchte mich, ich ängstige mich".

2.3 Tod und Sterben

Sobald ein Mensch zu leben beginnt bzw. geboren wird, ist sein Tod gewiß; kein anderes Ereignis, an dem der Organismus sich psychisch und physisch beteiligt, kann mit dieser Sicherheit vorausgesagt werden. Mit den Worten von Kübler-Ross (1978b, S. 9): "Er ist integraler Bestandteil unseres Lebens und verleiht der menschlichen Existenz Sinn. Er setzt unserer Lebenszeit eine Grenze und zwingt uns, etwas Produktives innerhalb dieser Zeit zu tun, solange wir dies noch tun können. Daher ist das die Bedeutung des Todes: Die letzte Stufe der Reife. Alles, was du bist und alles, was du getan hast und gewesen bist, konvergiert in deinem Tod".

Der Tod ist jener Grenzpunkt, dem der Lebende alternd entgegengeht. Nur mit dem Tod vor Augen hat das Leben einen Sinn, nur durch die Gewißheit des Endes kann der Mensch etwas schaffen.
Gemäß christlicher Lehre bedeutet der Tod den Übergang in eine neue Lebensform, wobei die Möglichkeit von Belohnung und Strafe einbezogen wird.

"Der Mensch ist sterblich und aus den Lebewesen und Geschöpfen durch das Wissen um die Sterblichkeit herausgehoben; um die Sterblichkeit allgemein und jeder um sein eigenes Sterben" (Hartmann 1979, S.5).

Der Mensch ist das einzige Lebewesen, das um seinen Tod weiß, nicht nur stirbt, sondern weiß, daß es stirbt oder sterben wird (Schipperges, 1978) und das als einzige Spezies befähigt ist, Selbstmord zu begehen (Eissler, 1978).

Analysiert man die Begriffe Tod und Sterben, so erkennt man, daß sich der Tod im Sinne von "Endlichkeit", "Totsein" und "Danach" vom Ablauf des Sterbens, welcher sich bis zum Eintritt des Todes erstreckt, abheben läßt. Der Tod ist ein Konstrukt, ein Begriff, ein dimensionsloser Zustand, der naturwissenschaftlich definiert werden kann.
Sterben ist ein Ablauf, hat Anfang und Ende und ist somit in die Dimension Zeit eingebettet. Das Sterben können wir miterleben, den Tod nicht.
Einerseits kann man Tod und Sterben getrennt betrachten, andererseits sind beide untrennbar miteinander verbunden.

Wie schwer sich Menschen jedoch damit tun, Sterben und Tod als etwas zum Leben Gehörendes anzuerkennen macht nicht zuletzt die Sprache mit ihrer Unzahl von Umschreibungen deutlich, die alle nur ein Ziel haben: Tod und Sterben nur nicht beim Namen nennen. Lieber sagt man: den Löffel weglegen, die Radieschen von unten ansehen, abkratzen, abnibbeln, draufgehen, eingehen, krepieren, verrecken, die Augen schließen,

gen Himmel fahren, entschlafen, sein Haus beschicken, das Zeitliche segnen, aus der Welt gehen usw.

Welche Unsicherheit, Abwehr und Angst Tod und Sterben auslöst, ist täglich in unseren Krankenhäusern zu beobachten, wo etwa 70% aller Menschen sterben. Es erweckt den Eindruck, als ob in einer Welt, deren höchste Werte Jugend, Wohlstand, Gesundheit und Leistung sind, Krankheit, Alter und Tod nur "unter Ausschluß der Öffentlichkeit" (Meyer, 1979) geduldet werden können.
Gestorben wird heimlich und diskret, hinter einem Paravant versteckt im Einzelzimmer, Bad oder Abstellkammer. Schmoll (1979) skizzierte nur zu treffend die "Karriere" des Sterbenskranken durch die einzelnen Zimmer. Vom hellen Mehrbettzimmer ins Zweibettzimmer, Einzelzimmer, Untersuchungszimmer und schlimmstenfalls ins Bad oder in die Abstellkammer. Ist er dann endlich gestorben, wird der Leichnam eilends mit einem Namensschildchen am Großzeh versehen und ab ins Kühlhaus. Tags darauf wird er unauffällig durch den Hintereingang abgeholt. Der letzte Akt des Lebens endet mit einem würdelosen Abgang ohne Publikum.

Wenn man über das Sterben spricht, sollte man auch Fragen: "Was ist eigentlich ein Sterbender, bzw. ab wann ist man ein solcher?"

Wittkowski (1980b, S. 8) meint dazu: "Als Sterbender soll im folgenden ein Mensch dann gelten, wenn für ihn die Diagnose einer unheilbaren Krankheit bzw. einer irreparablen gesundheitlichen Schädigung vorliegt, die in absehbarer Zeit zum Tod führen wird, gleichgültig ob er selbst diese Diagnose kennt oder nicht".

Sehr viel strenger verfährt Freyberger (1976, S. 157) "Ein Patient ist als Sterbender zu definieren, wenn vitale Funktionen des Organismus aufgrund eines Krankheitsprozesses so sehr beeinträchtigt sind, daß ein Weiterleben nicht mehr möglich und ärztliche Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der psychophysischen Existenz nicht mehr aussichtsreich erscheinen".

2.4 Angst vor Tod und Sterben

Erst seit etwa 20 Jahren gewinnen thanatologische und insbesondere thanato-psychologische Fragestellungen in Wissenschaft und Öffentlichkeit zunehmend Bedeutung, besonders im englischsprachigen Raum. Dies bezeugen zahlreiche in den letzten Jahren erschienene Übersichtsreferate über Entwicklung und Verwendung von "Meß"-Instrumenten, vornehmlich sogenannte Todesangstfragebogen und den damit gefundenen Ergebnissen (vgl. Erlemeier, Kastenbaum & Eisenberg, 1972; Hensle, 1977; Wittkowski, 1978, 1980; Steigerwald, 1980; Kastenbaum, 1982).
Eine der am häufigsten verwendeten Todesangstfragebogen war die "Death Anxiety Scale" von Templer (1970).

Wittkowski (1978) und Steigerwald (1980) weisen jedoch daraufhin, daß bisher aufgrund unzureichender, meist eindimensionaler Meßinstrumente und durch eng umschriebene und sehr verschiedenartige Stichproben die Vergleichbarkeit gefundener Ergebnisse sehr schwierig wird und fundierte Aussagen kaum möglich sind.
Die wissenschaftliche Anteilnahme an Tod und Sterben im deutschsprachigen Raum hat deutlich zugenommen, nachdem 1969 das von Kübler-Ross verfaßte Buch"Interviews mit Sterbenden" erschien, in dem

sie ihre nicht unumstrittene Auffassung vom phasenartigen Ablauf des Sterbens erstmals darstellte (vgl. Kastenbaum 1982, S. 22).
In Folge des aufkeimenden Interesses wurden u.a. auch zwei deutschsprachige Todesangstskalen von Hensle (1977) und Potthoff (1980) entwickelt.

Obwohl der Grundansatz, den Hensle (1977) verfolgt, begrüßenswert ist, verwundert es doch, daß er trotz sich abzeichnender Tendenzen zur mehrdimensionalen Erfassung von Todesfurcht wieder nur ein globales Todesangstmaß vorsieht (Steigerwald, 1980).
Potthoff (1980) konstruierte einen Fragebogen, bestehend aus einem Satzergänzungstest mit neun Satzanfängen über Tod und Sterben und entwickelte damit eine Typologie der Todesbedeutungen. Ferner benutzte er ein semantisches Differential, in dem die Vorstellungen des Probanden vom Tod anhand von 17 Eigenschafts - paaren eruiert werden.

In den aufgeführten Übersichtsreferaten, sowie in vielen Todesangstskalen, als auch in der vorliegenden Arbeit, werden die Begriffe Angst vor Tod und Sterben, sowie Todesangst/Todesfurcht aufgrund nicht eindeutiger Trennbarkeit oft synonym gebraucht und als ein gemeinsamer Merkmalsbereich behandelt (Erlemeier 1972, 1978; Steigerwald, 1980). Dieses Vorgehen ist nicht ohne Kritik geblieben.
Kastenbaum et.al. (1972) interpretieren den Begriff Todesangst/Todesfurcht als eine aktuelle Bedrohung,

die entweder von außen auf den Menschen einwirkt (Gewalt) oder im Organismus lokalisiert ist (Krankheit, terminale Phase des Sterbeprozesses). Wichtig ist, daß Angst vor Tod und Sterben einen antizipierenden Charakter aufweist, der bei Todesangst/Todesfurcht aufgrund der vitalen Bedrohung nicht gegeben ist.

"In der gegenwärtigen empirischen Forschung wird Todesangst meistens operational definiert als eine bewußte emotionale Reaktion, d.h. als ein subjektiv unangenehmes Gefühl, was sich bei der Beschäftigung mit dem Tod bzw. der Antizipation bestimmter Inhalte, die sich auf den Tod beziehen einstellt" (Steigerwald 1980, S. 62).
Bleibt man bei einer solchen Definition der Todesangst, wie sie auch von Hoelter (1979a) im Zusammenhang mit dem von ihm entwickelten Fragebogen gegeben wird, so ist es durchaus möglich, Dimensionen der Todesangst mit Fragebogen zu erfassen.

Auch in der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Todesangst/Todesfurcht im Sinne der operationalen Definition verwendet. Sie sind als Synonyme zur Angst vor Tod und Sterben zu verstehen.

Wenn man sich mit Angst vor Tod und Sterben befaßt, muß man sich auch fragen: "Wovor fürchtet man sich eigentlich, wenn man den Tod fürchtet?" Ist es die Angst vor dem Danach, Angst vor Toten, Angst vor dem Scheintod? Ist es die Furcht vor dem eigenen Tod oder dem anderer, die bei Collett & Lester (1969) bereits Gegenstand einer Untersuchung war? Oder ist es gar, wie Kastenbaum et al. (1972) ausführten, der Verlust von Bindungen und Beziehungen, der Fortfall eigener Lebensinhalte und Ziele, die ihre Berechtigung nur im Zusammenhang mit dem Verstorbenen haben?

Ebenso muß man fragen: "Wovor fürchte ich mich, wenn ich an das Sterben denke?" Ist es die Art und Weise meines Sterbens oder das meiner Mitmenschen, das ich fürchte? Ist es die Angst vor Schmerzen, Hilflosigkeit, Einsamkeit, Abhängigkeit? Ist es die Furcht vor dem Ort, an dem ich sterbe (Krankenhaus oder zuhause) oder die Sorge um das Schicksal zurückbleibender Angehöriger? Ja, ist es sogar der soziale Verlust, der das Sterben begleitet? Mit den Worten von Schmoll (1979, S. 2): "... die Angst alles zu verlieren, was lieb und gut gewesen ist, die Mitmenschen, die Verwandten, den Beruf, Freude, Anerkennung. Die Angst, die Wertigkeit des Lebens

zu verlieren, die man sich in irgendeiner Form geschaffen hat oder eingebildet hat".

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, daß die Angst/Furcht vor dem Tod und dem Sterben kein einheitliches psychologisches Konstrukt ist, sondern sich aus mehreren Teilbereichen zusammensetzt, die auch bei der Erforschung dieser Ängste ihre Berücksichtigung finden müssen und damit das Konzept einer globalen Todesangst nur wenig erfolgversprechend sein kann.

3. Voruntersuchung

Auf den nun folgenden Seiten wird der von Hoelter (1978) entwickelte Todesangstfragebogen vorgestellt. Das Procedere der Übertragung in die deutsche Sprache wird beschrieben und zu Übersetzungsproblemen Stellung genommen.

Die Konstruktion des in den Vorversuchen verwendeten Fragebogens wird vorgestellt und zu den Vorversuchsergebnissen Stellung genommen. Diese Ergebnisse führten dann zu den noch zu beschreibenden Modifizierungen für die endgültige Fragebogenversion.

3.1 Der multidimensionale Todesangstfragebogen von Hoelter

"Der sauberste multidimensionale Ansatz bezüglich der Messung der Todesangst findet sich bei Hoelter (1978, 1979a) und Hoelter & Hoelter (1978)" (Steigerwald 1980, S.60).

Zur Entwicklung der faktorenanalytisch konstruierten, aus 42 Items bestehenden Skala, die acht Subskalen vom Likert Typ mit je vier bis sechs Items pro Subskala enthält, wurden 232 weibliche und 143 männliche College-Studenten (undergraduates) im Alter von 17 bis 34 Jahren herangezogen.

Die Gesamtskala, von der sich das englische Original im Anhang Seite 123ff befindet, besteht aus den folgenden acht Subskalen (SK):

SK 1 Angst vor dem Sterbeprozeß

Der Proband wird hierzu mit sechs Fragen konfrontiert, die nach seiner Angst vor verschiedenen Todesarten und unterschiedlichen Möglichkeiten des Sterbevorgangs fragen.

SK 2 Angst vor dem Tod und Toten

Diese Subskala erforscht mit sechs Items Angst vor Toten (Leichnam, Tier, Lebewesen), als auch vor der körperlichen Nähe zu ihren temporären bzw. letzten Ruhestätten (Friedhof, Leichenhalle).

SK 3 Angst vor der Zerstörung des Körpers danach

Dieser Themenbereich, zu dem vier Fragen gestellt werden, ist assoziiert mit der Desintegration des eigenen Körpers durch Menschenhand im Anschluß an den Eintritt des Todes. Auch nach Angst vor der Organspende wird gefragt.

SK 4 Angst vor dem Tod Nahestehender und deren Reaktion auf den eigenen Tod

Diese Dimension, zu der sechs Fragen vorgelegt werden, bezieht sich auf die Angst vor dem Tod und Sterben von nahestehenden Personen (Familienangehörige, Freunde), ebenso auf die Angst, die der eigene Tod vermutlich bei ihnen auszulösen vermag.

SK 5 Angst vor dem Unbekannten nach dem Tod

Zu dieser Subskala werden fünf Fragen gestellt, die sich auf die Ungewißheit nach dem Tod und die letzten Fragen der menschlichen Existenz beziehen.

SK 6 Angst vor dem Scheintod

Dieser Themenkomplex, zu dem fünf Fragen vorliegen, reflektiert die Angst von Probanden vor den im Zusammenhang mit dem Eintritt des Todes üblicherweise folgenden Abläufen unter Berücksichtigung

der Möglichkeit, daß der Tod nicht gleichzeitig das endgültige Ende des Bewußtseins bedeutet.

SK 7 Angst um den Körper nach dem Tod
Diese Dimension enthält sechs Fragen, die verschiedene Möglichkeiten des körperlichen Werdegangs nach dem Tod aufzeigen.

SK 8 Angst vor einem zu frühen Tod
Diese vier Fragen konfrontieren den Probanden sehr eindrucksvoll mit der Endlichkeit des Lebens und weisen ihn auf die Möglichkeit hin, daß gesteckte Ziele, Erfahrungen und Erlebnisse durch einen für ihn vorzeitigen Tod unerfüllt bleiben könnten.

Als sehr positiv ist die Tatsache zu werten, daß Hoelter (1979a) einen Reliabilitätskoeffizienten für seine Skala ermittelt hat. Dieser wird von ihm mit .75 angegeben und liegt damit höher als bei anderen mehrdimensionalen Skalen, sofern überhaupt einer ermittelt wurde (vgl. Steigerwald 1980, S.62).

Um die Konstrukt-Validität des Fragebogens zu bestimmen, untersuchte Hoelter (1979a) die theoretisch zu erwartenden Beziehungen zwischen Religiosität

(gemessen mit der Religious Orthodoxy Scale) und den in die acht Subskalen aufgesplitterten Ängste vor Tod und Sterben.
Er erwartete dabei signifikant positive Korrelationen in allen Subskalen bis auf SK 5 "Angst vor dem Unbekannten nach dem Tod",für die aufgrund theoretischer Erwägungen eine negative Korrelation zu erwarten war.
Vier der Subskalen korrelierten signifikant positiv mit Religiosität und SK 5 erwartungsgemäß negativ. Insgesamt sprechen die Ergebnisse für eine genügend hohe Konstrukt-Validität der Gesamt-Skala.

Die meisten Items sind so formuliert, daß eine Bejahung im Sinne von Angst zu interpretieren ist. Die anderen, gekennzeichnet durch ein Sternchen, enthalten einen genau entgegengesetzten Sinngehalt, so daß deren Beantwortung mit ja als Nicht-Angst zu werten ist. Dies muß bei der Auswertung beachtet werden.

Erfahrungen mit der englischen Originalversion des Fragebogens liegen dem Autor in Form von zwei Untersuchungen an gesunden College-Studenten vor. Hoelter (1979b) untersuchte den Zusammenhang zwischen Religiosität, Angst vor Tod und Sterben und

Suizidalität. Zusammenfassend formulierte er, daß Suizidalität abnimmt mit der Zunahme an Religiosität und diversen Ängsten vor Tod und Sterben. Entscheidend ist, daß er nur signifikant negative Korrelationen zwischen selbstmörderischen Tendenzen und Subskala 2 "Angst vor dem Scheintod" bei weiblichen Probanden und Subskala 3 "Angst vor der Zerstörung des Körpers nach dem Tod" bei männlichen Probanden fand. Überraschenderweise korrelierte Subskala 5 "Angst vor dem Unbekannten nach dem Tod" und Suizidalität signifikant positiv miteinander.

In der zweiten Untersuchung von Hoelter & Epley (1979) konnten keine signifikanten Testdifferenzen zwischen der in acht Themenkreise aufgesplitterten Angst vor Tod und Sterben vor und nach der Teilnahme an einem sogenannten "death and dying course" innerhalb der Teilnehmer und einer nichtteilnehmenden Kontrollgruppe ermittelt werden.

Insgesamt bestätigen besonders die Ergebnisse von Hoelter (1979b) den mehrdimensionalen Ansatz seiner Skala und unterstreichen die Forderung nach der Abkehr von dem globalen Todesangstkonzept.

3.2 Konstruktion der deutschsprachigen Fragebogenversion

Als Vorlage für die Übersetzung diente die im September 1978 in San Francisco auf dem Jahrestreffen der "American Sociological Association" von Hoelter präsentierte Fassung der "Multidimensional fear of death scale MFODS". (Anhang S. 123ff)

Die Übersetzung orientierte sich streng am Original. Fast alle Fragen sind in der "ich"- (bzw. "mich/mir"-) Form formuliert, um die Ich-Beteiligung der Befragten zu erhöhen. Soweit möglich, wurden Hinweise von Süllwold (1969) zur Theorie und Methodik der Einstellungsmessung (Satzlänge, Gegenwartsbezug, Gedankenfülle pro Item usw.) berücksichtigt.

Übersetzungsprobleme traten bei Item Nr. 7 auf. "I dread visiting a funeral home". "Ich fürchte mich vor dem Betreten einer Leichenhalle". "Funeral home" mit Leichenhalle zu übersetzen ist nicht völlig äquivalent, da mit dem Begriff ein Raum in einem Bestattungsunternehmen gemeint ist, in dem sich Verwandte und Bekannte treffen, um von dem Verstorbenen Abschied zu nehmen. Bei uns ist dies nicht üblich, sondern der Verstorbene wird in der Leichenhalle (Friedhofskapelle) auf dem Friedhof verabschiedet.

Bei Item Nr. 36 ("It doesn't matter whether I am

buried in a wooden box or a steel vault". "Es ist mir gleichgültig, ob ich in einem hölzernen Sarg oder einer stählernen Gruft begraben bin") wurde die verminderte Originaltreue bewußt in Kauf genommen, um einen gewissen Realitätsbezug zu erhalten.

Item Nr. 33 ("I am afraid of my body being disfigured when I die". "Ich habe Angst, mein Körper könnte durch den Tod entstellt werden") wurde von Hoelter nicht eindeutig formuliert. Wird der Körper durch die Umstände, die zum Tod führen (Unfall, Verbrennen, Krebs usw.) entstellt, durch die Verwesung nach dem Tod oder etwa durch den Tod selbst (Rigor mortis)? Bei der Übersetzung konnte diese Mehrdeutigkeit nicht ausgeräumt werden.
In der hier vorgelegten Fassung des Fragebogens wurde Item 42 "I am afraid I may never see my children grow up" aufgrund des höheren Durchschnittsalters der zu Befragenden durch die von Hoelter vorgeschlagene Formulierung "I am afraid I may not be able to share as many experiences with my children as I would like to" ersetzt (vgl. S.123).

Nachdem das Procedere der Übersetzung abgeschlossen war, wurden die deutschsprachigen Items von zwei unabhängig arbeitenden zweisprachigen Kollegen ohne Kenntnis des Originals ins Englische rückübersetzt.

Die Rückübersetzung wurde nun von vier weiteren unabhängig voneinander arbeitenden Kollegen mit dem Original verglichen. Sie kontrollierten im Paarvergleich von Original und Rückübersetzung ob Äquivalenz im Sinngehalt vorliegt und bewerteten diesen anhand einer 5-stufigen Rating-Skala. Die Skala reichte von wörtlich oder im Sinngehalt identisch mit dem Original Item = 1 Punkt bis sehr wenig äquivalent = 5 Punkte.*

Die endgültige Fassung der deutschsprachigen Übersetzung, als auch die gemittelten Äquivalenz-Ratings zwischen Original und Rückübersetzung finden sich auf den folgenden Seiten.
Lediglich bei Item 36 wurde ein Äquivalenzwert wie erwartet von 2,8 Punkten erreicht, was aber noch als ausreichend gewertet wurde. Alle anderen Werte lagen bei 2 und weniger Punkten.

Zu beachten ist, daß die mit einem Sternchen + versehenen Fragen bei der Auswertung rekodiert werden müssen. Aufgrund der Itemformulierung bedeutet Zustimmung eine Einstellung im Sinne von Nicht-Angst bzw. bei Verneinung im Sinne von Angst. Dies ist bei den Fragen 3,4,32,36 der deutschsprachigen Version der Fall.

---

*An dieser Stelle möchte ich Frau Dipl.Psych. R.-M. Bambach und Frau cand.phil. B. Benz für die Durchführung der Rückübersetzung und Herrn Dipl.Ing. J. Duchardt, Frau J. Kohler, Herrn W. Schad und Frau Dipl.Psych. H. Wolf für die Äquivalenzbewertung danken.

Vorgreifend muß erwähnt werden, daß aufgrund der im folgenden noch zu referierenden Vorversuchsergebnisse in der endgültigen deutschsprachigen Fragebogenform diese Recodierung bereits in der Übersetzung von Item 8 und 24 vorgenommen und zur besseren Verständlichkeit eine Recodierung bei Frage 32 notwendig wurde.

Nach Empfehlung von Hoelter wurde eine Zufallsreihung der Items vorgenommen, so daß keine 2 Fragen eines Themenkomplexes aufeinanderfolgen. Hierzu wurde blind mit einer Bleistiftspitze in eine Tafel von Zufallszahlen (Sachs 1978, S. 44) eingestochen und die folgenden Zweizifferngruppen ≤ 42 notiert. Wiederholt auftretende Zahlenkombinationen wurden nur beim ersten Mal berücksichtigt.

Zur Beantwortung der Fragen sollen nach Hoelters Anweisung 5 Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden, die von "trifft sehr zu, trifft zu, weder noch, trifft nicht zu, trifft überhaupt nicht zu" reichen. Diese Skalierung wurde in den Vorversuchen verwendet, mußte aber aufgrund deren Ergebnisse in der endgültigen Fragebogenversion auf 3 Antwortvariablen reduziert werden.

Zuguterletzt wurde noch eine Anleitung in Form eines Deckblattes für den zu Befragenden entworfen, die Hinweise enthält, wie der Fragebogen auszufüllen sei.

The Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS)

Sk 1: Fear of Dying Angst vor dem Sterbeprozeß	Äquiv. Rating
1.) I am afraid of dying very slowly. 9.) Ich habe Angst davor, sehr langsam zu sterben.	1,0
2.) I am afraid of dying in a fire. 21.) Ich habe Angst davor, durch Feuer ums Leben zu kommen.	1,0
3.) I am afraid of experiencing a great deal of pain when I die. 34.) Ich habe Angst davor, unter sehr starken Schmerzen zu sterben.	2,0
4.) I am afraid of dying of cancer. 24.) Ich habe Angst davor, an Krebs zu sterben.	1,0
5.) I have a fear of suffocating (including drowning). 27.) Ich habe Angst vor dem Tod durch Ersticken oder Ertrinken.	1,3
6.) I have a fear of dying violently. 28.) Ich habe Angst vor einem gewaltsamen Tod.	1,7
Sk 2: Fear of the Dead Angst vor dem Tod und Toten	
7.) I dread visting a funeral home. 13.) Ich fürchte mich vor dem Betreten einer Leichenhalle.	2,0
8.) Touching a corpse would not bother me.* 11.) Es würde mir etwas ausmachen, einen Leichnam zu berühren.	1,5

9.) Discovering a dead body would be horrifying experience.	
40.) Es wäre für mich ein entsetzliches Erlebnis, eine Leiche zu finden.	1,5
10.) I would be afraid to walk through a graveyard, alone, at night.	
14.) Ich würde mich davor fürchten, nachts allein über einen Friedhof zu gehen.	1,5
11.) It would bother me to remove a dead animal from the road.	
20.) Es wäre mir unangenehm, ein totes Tier von der Straße wegzuräumen.	1,0
12.) I am afraid of things which have died.	
17.) Ich habe Angst vor toten Lebewesen.	2,0
Sk 3: Fear of Being Destroyed Angst vor der Zerstörung des Körpers nach dem Tod	
13.) I would like to donate my body to science.×	
4.) Ich wäre gerne bereit, meinen Körper der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.×	1,3
14.) I do not want medical students using my body for practice after I die.	
16.) Ich will nicht, daß Medizinstudenten nach meinem Tod meinen Körper zum Lernen benutzen.	1,8
15.) I do not like the thought of being cremated.	
6.) Der Gedanke, nach meinem Tod verbrannt zu werden, behagt mir nicht.	1,3
16.) I do not want to donate my eyes after I die.	
32.) Ich will meine Augen nach meinem Tode zur Verfügung stellen.×	1,0

Sk 4:	Fear for Significant Others Angst vor dem Tod Nahestehender und deren Reaktion auf den eigenen Tod	
17.)	I have a fear of people in my family dying.	
5.)	Ich habe Angst davor, daß jemand aus meiner Familie sterben könnte.	1,0
18.)	Ifthe people I am very close to were to suddenly die, I would suffer for a long time.	
29.)	Unter dem plötzlichen Tod von Menschen, die mir sehr nahestehen, würde ich sehr lange leiden.	1,0
19.)	If I would die tomorrow, my family would be upset for a long time.	
8.)	Sollte ich morgen sterben, wäre meine Familie lange Zeit fassungslos.	1,0
20.)	Since everyone dies, I won't be too upset when my friends die.×	
3.)	Da jeder sterben muß, würde ich dem Tod von Freunden nicht allzu fassungslos gegenüberstehen.×	1,0
21.)	I sometimes get upset when acquaintances die.	
31.)	Ich gerate manchmal außer Fassung, wenn Bekannte sterben.	2,0
22.)	If I died, my friends would be upset for a long time.	
2.)	Wenn ich sterben würde, wären meine Freunde lange Zeit fassungslos.	1,0
Sk 5:	Fear of the Unknown Angst vor dem Unbekannten nach dem Tod	
23.)	I am afraid that there is no afterlife.	
26.)	Ich habe Angst, daß es kein Leben nach dem Tode gibt.	1,0

24.) I am not afraid of meeting my creator.*	
33.) Ich habe Angst davor, meinem Schöpfer zu begegnen.	1,0
25.) I am afraid that death is the end of one's existence.	
19.) Ich habe Angst, daß der Tod das Ende der eigenen Existenz ist.	1,0
26.) I am afraid that there may not be a supreme being.	
41.) Der Gedanke, daß es kein höheres Wesen geben könnte, macht mir Angst.	1,8
27.) No one can say, for sure, what will happen after death.	
1.) Niemand kann mit Sicherheit sagen, was nach dem Tode sein wird.	1,0
Sk 6: Fear of Conscious Death Angst vor dem Scheintod	
28.) There are probably many people pronounced dead that are really still alive.	
30.) Es gibt wahrscheinlich viele Menschen, die von einem Arzt bereits für tot erklärt wurden,obwohl sie noch am Leben waren.	1,0
29.) I am afraid of being buried alive.	
38.) Ich habe Angst davor, lebendig begraben zu werden.	1,0
30.) People should have autopsies to insure that they are dead.	
15.) Jeder Mensch sollte seziert werden, um sicherzugehen, daß er tot ist.	1,5
31.) It scares me to think I may be conscious while lying in a morgue.	
10.) Der Gedanke versetzt mich in Angst, daß ich bei Bewußtsein in einem Leichenhaus liegen könnte.	1,0

32.)	I hope more than one doctor examines me before I am pronounced dead.	
7.)	Ich hoffe, daß mich mehrere Ärzte untersuchen, bevor ich für tot erklärt werde.	1,3
Sk 7:	Fear for Body After Death Angst um den Körper nach dem Tod	
33.)	I am afraid of my body being disfigured when I die.	
18.)	Ich habe Angst, mein Körper könnte durch den Tod entstellt werden.	1,8
34.)	I dread the thought of my body being embalmed some day.	
35.)	Ich fürchte mich vor dem Gedanken, daß mein Körper eines Tages einbalsamiert (konserviert, vor Verwesung bewahrt) sein könnte.	1,0
35.)	The thought of my body never being found after I die scares me.	
22.)	Der Gedanke, daß mein Körper nach meinem Tod nicht gefunden werden könnte, ängstigt mich.	1,0
36.)	It doesn't matter whether I am buried in a wooden box or a steel vault.*	
36.)	Es ist mir gleichgültig, ob ich in einem hölzernen Sarg oder einer stählernen Gruft begraben bin.*	2,8
37.)	The thought of being locked in a coffin after I die scares me.	
12.)	Der Gedanke, nach meinem Tod in einem Sarg eingeschlossen zu sein, ängstigt mich.	1,0
38.)	The thought of my body decaying after I die scares me.	
39.)	Der Gedanke, daß mein Körper nach meinem Tod verwesen wird, ängstigt mich.	1,0

Sk 8: Fear of Premature Death Angst vor einem zu frühen Tod	
39.) I have a fear of not accomplishing my goals in life before dying.	
37.) Ich habe Angst davor, meine Ziele im Leben noch nicht erreicht zu haben, wenn ich sterbe.	1,0
40.) I am afraid I will not live long enough to enjoy my retirement.	
23.) Ich habe Angst davor, nicht lange genug zu leben, um meinen Lebensabend (Ruhestand) genießen zu können.	2,0
41.) I am afraid I will not have time to experience everything I want.	
42.) Ich habe Angst, daß ich nicht mehr genügend Zeit haben könnte, all das zu erleben, was ich möchte.	1,3
42.) I am afraid I may not be able to share as many experiences with my children as I would like to.	
25.) Ich habe Angst, daß ich nicht mehr so viele gemeinsame Erlebnisse mit meinen Kindern werde teilen können, wie ich gerne möchte.	1,0

3.3 Vorversuche und Ergebnisse

Für die Vorversuche wurden 15 Probanden im Alter zwischen 50-87 Jahren ausgewählt ohne Berücksichtigung des Familienstandes. Die Durchführung erfolgte im November 1980.

Die Vorversuchsgruppe setzte sich zusammen aus 12 nicht schwerwiegend erkrankten Probanden aus dem engeren Bekanntenkreis, darunter drei Ehepaare und drei Parkinson-Patienten aus dem zum Untersuchungszeitpunkt stationären Krankenbestand der Neurologischen Abteilung der J.-W. Goethe Universität Frankfurt. Sieben Versuchspersonen waren weiblichen und acht waren männlichen Geschlechts. Die Befragung wurde in häuslicher Umgebung durchgeführt, bzw. bei den Patienten in einem separaten Raum der Klinik.

Im Anschluß an das Ausfüllen des Fragebogens wurde mit den Befragten ein eingehendes Gespräch über das angesprochene Thema geführt und u.a. Fragen zur Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Items und Zweckmäßigkeit der Antwortskalierung erörtert.

Von den Befragten wurde allgemein Verwunderung darüber geäußert, daß sich jemand mit einem solchen Thema beschäftigt. Zeichen der Unsicherheit, Befangenheit und auch Ablehnung dem angesprochenen Thema gegenüber zeigten sich darin, daß das anschließende

Gespräch nur schleppend in Gang kam und von Seiten des Interviewers durch häufige Impulse vor dem Versiegen bewahrt werden mußte. Die Tendenz der Probanden, auf unverfängliche allgemeine Themen auszuweichen, war unverkennbar. Wie in der im folgenden noch zu besprechenden Einstellungsuntersuchung, mußte jedoch kein Interview abgebrochen werden.

Bei zwei Probanden im weit fortgeschrittenen Lebensalter und auch bei einem Parkinson-Patienten wurde der Fragebogen vorgelesen, da aufgrund verminderter Sehfähigkeit und auch mangelhafter motorischer Koordinierung das selbständige Ausfüllen sehr erschwert gewesen wäre. In solchen Fällen hat sich das Verfahren des Vorlesens bewährt.

Es wurde deutlich, daß abstrakte Formulierungen wie in Frage 41 (höheres Wesen) und Frage 19 (eigene Existenz) für manche Probanden unverständlich waren. Da sich jedoch die deutschsprachige Fassung streng am Original orientieren sollte, wurden diese Formulierungen beibehalten und gegebenenfalls vom Interviewer kurz erläutert.

Auch etwas kompliziertere grammatikalische Fragenstrukturierungen und verneinend formulierte Items

führten mitunter zu einer Verzögerung bei der Bearbeitung des Fragebogens. Aus diesem Grunde wurden die Items 8,16, 24 in der deutschsprachigen Form positiv formuliert.

Die in den Vorversuchen gewählte Form der Antwortskalierung, die einen graduellen Unterschied in der Intensität von Zustimmung und Ablehnung gestattet, wurde für die endgültige Fragebogenversion auf drei Antwortvariablen reduziert: JA trifft zu, weder noch, NEIN trifft nicht zu.
Die bei jüngeren Probanden sinnvolle und aussagekräftige Verwendung der Antwortintensitätsabstufung scheiterte an dem Unvermögen der älteren Befragten mit niedrigerem Bildungsniveau und schon verminderter cerebraler Leistungsfähigkeit, mittels der vorgegebenen Antwortvariablen den Grad ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung auszudrücken. Dies wurde besonders dann deutlich, wenn der Fragebogen vorgelesen und als Antwort lediglich ein JA oder NEIN geäußert wurde.

In den Vorversuchen hat sich gezeigt, daß die unter Mitarbeit von College-Studenten konstruierte Skala nicht unverändert bei Probanden im hohen Lebensalter verwendet werden kann. Aus diesem Grunde wurden die beschriebenen Modifizierungen vorgenommen.

Nachdem die endgültige Version des Fragebogens zu Angst vor Tod und Sterben (Original im Anhang S. 126ff) ausgearbeitet wurde, konnte die Einstellungsuntersuchung beginnen.

4. Hauptuntersuchung

Bevor auf den folgenden Seiten die Darstellung des Untersuchungsgutes, des Untersuchungsverfahrens und der gewonnenen Ergebnisse erfolgt, soll an dieser Stelle der Persönlichkeitsfragebogen vorgestellt werden.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde das von Eysenck (1971) entwickelte Persönlichkeits-Inventar E-P-I in der deutschsprachigen Form B von Eggert (1974) mit den Skalen Extra-Introversion, Neurotizismus und einer Lügenskala (soziale Wünschbarkeit) verwendet. (Original S. 131ff)
Nach Eggert (1974) zählen für Eysenck Extraversion und Neurotizismus zu den Hauptdimensionen der Persönlichkeit. Es sind bipolare Dimensionen (Extraversion = Introversion bis Extraversion und Neurotizismus oder Emotionalität = Stabilität bis Instabilität). Wichtig ist, daß es sich um dispositionelle Variablen handelt, die eine relativ konstante oder permanente Eigenschaft des Individiums sind.
Eysenck & Eysenck (1963) beschreiben den typisch Extravertierten als gesellig, mag Veranstaltungen gern, hat viele Freunde und ist nur ungern allein. Er agiert oft spontan, wagt viel, liebt Veränderungen und ist allgemein impulsiv. Er ist sorglos, leicht-

mütig, optimistisch, lacht gern und ist gern fröhlich. Allgemein hat er seine Gefühle nicht immer unter enger Kontrolle und ist oft unzuverlässig.

Der typisch Introvertierte ist ruhig, eine eher zurückhaltende Person. Er ist reserviert, distanziert und schwer zugänglich. Er neigt dazu, Pläne im voraus zu machen, ist behutsam und mißtraut den Impulsen des Moments. Er schätzt einen gut geordneten Lebensstil, hält seine Gefühle unter enger Kontrolle, ist selten aggressiv und verliert nicht leicht die Geduld. Er ist zuverlässig, eher pessimistisch und legt großen Wert auf ethische Normen.

Neurotizismus bzw. der Neurotizismuswert ist eine Bezeichnung, die - mit näherer Angabe über das Ausmaß - die neurotische Störung (konstitutionell bedingte Anfälligkeit, strukturelle Labilität, Emotionalität u.a.) eines Persönlichkeitsaufbaus herausstellt.
Der Neurotizismus wird als kontinuierliche Variable angesehen, die von "sehr gering" bis "sehr hoch" reicht, und es wird angenommen, daß jeder Mensch einen Stellenwert auf diesen Kontinuum einnimmt (Eysenck, 1969).
Merkmale emotionaler Labilität sind: Allgemeine Unsicherheit, Inferioritätsgefühle, leichte Erregbarkeit, Besorgnis über alltägliche Angelegenheiten, Schüchternheit, Gehemmtheit, geringe Frustrationstoleranz, Klagen über vielfältige körperliche Beschwerden (Wittkowski, 1978).

4.1 Untersuchungsgut und Methodik

4.1.1 Fallmaterial

Aus dem Kollektiv der Parkinson-Patienten des Zentrums der Neurologie und Neurochirurgie, Abteilung für Neurologie, Leiter: Prof. Dr. P.A. Fischer, J.-W. Goethe-Universität Frankfurt, wurden von März bis Mai 1981 30 Ehepaare ausgewählt und befragt, 15 weibliche und 15 männliche Parkinson-Patienten mit ihren gesunden Ehepartnern. Folgende Auswahlkriterien wurden zugrundegelegt:
Es wurden nur Probanden in die Untersuchung einbezogen, die nach 1900 geboren wurden. Der Ehepartner sollte an keiner schwerwiegenden akuten oder chronischen Krankheit leiden. Bei den Parkinson-Patienten führte ebenfalls eine weitere akute oder chronische Erkrankung zum Ausschluß von der Untersuchung. Auf der allgemeinen Beeinträchtigungsskala der klinischen Beurteilungsbögen (siehe Anlage S. 133) durfte für den Parkinson-Patienten maximal ein Wert von 5 Punkten erreicht sein.

Bei der allgemeinen Beeinträchtigungsskala handelt es sich um eine in der klinischen Untersuchung benutzte, sehr heterogene Skala zwischen 0 (keine Beeinträchtigung, normaler neurologischer Befund) und 7 (Tod als Folge des Parkinson-Syndroms).

Ätiologisch gesehen konnten alle Patienten der idiopathischen Form des Parkinson-Syndroms zugeordnet werden.

Alle Parkinson-Patienten standen unter medikamentöser Therapie. Die verwendeten Medikamente waren Madopar, Akineton, PK-Merz, Tremarit und Pravidel in unterschiedlicher Dosierung und Kombination zueinander.

In den beiden folgenden Tabellen 1 und 2 ist die Aufteilung der Parkinson-Patienten nach der Erkrankungsdauer und der allgemeinen Beeinträchtigung (Erkrankungsschwere) durch die Erkrankung zu finden.

Die Bewertung der Krankheitsschwere anhand der Beeinträchtigungsskala wurde vom Untersucher zum Zeitpunkt der Datenerhebung vorgenommen.

Um die gefundenen Ergebnisse vergleichen zu können, wurden im gleichen Zeitraum 30 Ehepaare aus der gesunden Bevölkerung des Großraums Frankfurt ausgewählt. Die Besonderheit der zu beantwortenden Fragen, das Procedere der Datenerhebung und die Ältersstruktur der Parkinson-Patienten erforderte es, von der Vergleichspersonenauswahl nach dem zufälligen Stichprobenprinzip abzuweichen. Es wurde eine dem Alter der Erkrankten angeglichene gesteuerte Vergleichsprobandenauswahl vorgenommen.
Die Vergleichsgruppe umfaßte 30 gesunde Ehepaare und setzte sich größtenteils zusammen aus Gemeinde-

mitgliedern der katholischen Kirchengemeinde St. Paul und der "Egerländer Gmoi" in Offenbach. Ferner wurden auch Eltern von Studienkollegen und Freunden, sowie Nachbarn und Arbeitskollegen meiner Frau an einer Offenbacher Schule mit einbezogen.
Folgende Auswahlkriterien wurden zugrundegelegt: Das Lebensalter der Probanden sollte zwischen 30 und 80 Jahren liegen. Die Ehepaare sollten an keiner schwerwiegenden akuten oder chronischen Er - krankung leiden. Regelmäßige Arztbesuche oder Medikamenteneinnahmen führten zum Ausschluß aus der Untersuchung.

Die beiden folgenden Tabellen 3 und 4 enthalten die Altersverteilung, Berufsgruppen - und Religionszugehörigkeit der Probanden zum Untersuchungszeitpunkt.

Tabelle 1: Aufteilung der Parkinson-Patienten nach ihrer allgemeinen Beeinträchtigung (Erkrankungsschwere)

1 = keine nennenswerte Beeinträchtigung, geringe neurologische Zeichen

5 = schweres neurologisches Syndrom, Patient benötigt Hilfe bei allen Verrichtungen

	ALLGEMEINE BEEINTRÄCHTIGUNG				
	1	2	3	4	5
15 männl. Park. Pat.	1	3	7	1	3
15 weibl. Park. Pat.	2	3	4	2	4

Tabelle 2: Erkrankungsdauer der Parkinson-Patienten zum Untersuchungszeitpunkt

Erkrankungsdauer Jahre	Anzahl d. Pat.	Prozent %	Geschlecht männl.	weibl.
3- 5	5	17	3	2
6-10	15	50	8	7
11-16	10	33	4	6

Tabelle 3: Lebensalter und Berufsgruppenzugehörigkeit der Probanden zum Untersuchungszeitpunkt*

	LEBENSALTER		BERUFSGRUPPENZUGEHÖRIGKEIT				
	Spannweite (Jahre)	Mittelw. $\bar{X}$ (Jahre)	Rentner Hausfrau %	Arbeiter %	Angest. %	Beamte %	freiber. selbstdg. %
15männl.Park.Pat.	45-74	62,1	73	7	0	0	20
15weibl.Ehepartner	37-77	56,9	53	0	47	0	0
15männl.Ehepartner	57-81	69,4	73	0	7	7	13
15weibl.Park.Pat.	50-78	65,8	100	0	0	0	0
30männl.Vergleichsp.	34-80	56,4	23	3	57	13	3
30weibl.Vergleichsp.	31-75	54,0	50	3	33	10	3

*Alle Prozentangaben dieser und der folgenden Tabellen wurden auf zwei Nachkommastellen berechnet, jedoch wegen der geringen Fallzahl und der besseren Übersichtlichkeit hier nur ganzzahlig wiedergegeben. Durch Rundungsfehler kann die Summe der Prozentangaben in den Tabellen ungleich 100% sein.

Tabelle 4: Angaben zur Religionszugehörigkeit

	kath. %	evang. %	andere %
15männl.Park.Pat.	47	20	33
15weibl.Ehepartner	47	33	20
15männl.Ehepartner	27	53	20
15weibl.Park.Pat.	40	53	7
30männl.Vergleichsp.	63	20	17
30weibl.Vergleichsp.	67	27	7

4.1.2 Untersuchungsverfahren

Zur Datenerhebung wurden die Ehepaare schriftlich um ihre Mitarbeit gebeten, wobei Angaben über Art, Grund und Inhalt der Befragung sehr vage formuliert waren, um eine vorzeitige Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex zu vermeiden. Ein Termin wurde telephonisch vereinbart und die Untersuchung in der Wohnung des Ehepaares durchgeführt. In diesem Zusammenhang war genügend Zeit zu einer behutsamen Kontaktaufnahme, Ausfüllen der Fragebögen (was etwa 40 Minuten beanspruchte) und anschließendem Gespräch. Die häusliche Umgebung wurde gewählt, da es vielen berufstätigen Probanden und den schwerer erkrankten Parkinson-Patienten nicht zuzumuten war, zu dem Termin in die Klinik zu kommen. Es war zudem günstiger, in der spannungsfreieren und für die Befragten vertrauten Umgebung, emotionelle Reaktionen auf brisante Fragen im ungestörten Gespräch zu glätten und somit zusätzliche Informationen zu gewinnen.

Zu Beginn der Befragung wurde den Versuchspersonen strenge Vertraulichkeit und Anonymität zugesichert, um eine möglichst offene Beantwortung der Fragen zu ermöglichen und um den verfälschenden Einfluß des sozial Erstrebenswerten oder Erwünschten auf die Beantwortung zu reduzieren (vergl. Levitt 1979, S. 56). Jedem Probanden wurde an-

stelle seines Namens eine Untersuchungsnummer zugeteilt.
Die Probanden füllten zunächst den Persönlichkeitsfragebogen von Eysenck E-P-I und nach einer kleinen Pause den Fragebogen zur Angst vor Tod und Sterben aus. Diese Reihenfolge wurde gewählt, da der Persönlichkeitsfragebogen nahezu keine emotionellen Reaktionen bei den Befragten hervorruft. Ganz im Gegensatz dazu der Todesangstfragebogen, der besonders die weiblichen Probanden zu folgenden Äußerungen veranlaßte:
"Solche Fragen hat bisher noch keiner gestellt", "So etwas fragt man nicht", "Wie kann sich jemand nur so etwas ausdenken", "Wozu soll denn sowas gut sein", "Ich will mich mit solchen Sachen nicht beschäftigen".
Bei etwa einem Fünftel der Parkinson-Patienten wurden die Fragebögen vorgelesen, da die Erkrankten zum selbständigen Ausfüllen aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums ihrer Erkrankung nicht fähig waren. Es wurde auch darauf geachtet, daß sich die Ehepartner bei der Beantwortung der Fragen nicht gegenseitig beeinflußten.

Bei zwei Ehepaaren, bei denen jeweils der Mann an der Parkinson'schen Krankheit litt, mußte die Befragung abgebrochen werden. Bei einem dieser Ehe-

paare hatte die Ehefrau die Erlaubnis verweigert, den Todesangstfragebogen ihrem Mann vorzulegen mit der Begründung, es würde ihren Mann zu sehr aufregen: "Solche Fragen kann man einem kranken Menschen nicht stellen".

Im zweiten Fall sollte ausnahmsweise die Befragung in der Klinik erfolgen, da die Ehefrau Angst vor den Nachbarn hatte, die angeblich alles abhören. Sie füllte den Fragebogen nicht aus, da die Fragen zu unexakt seien und sie diese nicht beantworten könne. Der erkrankte Ehemann hatte diese Einwände nicht und hätte beide Fragebögen ausgefüllt. Im Nachhinein wurde bekannt, daß die Ehefrau an einer paranoiden Psychose leidet.

4.1.3 Auswertungsverfahren

Zunächst wurde für die anzufertigenden Ablochbelege ein Schlüssel erstellt und anschließend die erhaltenen Daten auf Ablochbelege übertragen.

Der Persönlichkeitsfragebogen E-P-I wurde mittels Schablone von Hand ausgewertet und nur die Punktwerte für N,E,L in den Ablochbelegen vermerkt.

Bei der Auswertung der Fragebögen zur Angst vor Tod und Sterben wurden Antworten mit Ja bzw. bei Frage 3,4,32,36 mit Nein im Sinne einer Angstäußerung gewertet und als 1 Punkt auf dem Ablochbeleg vermerkt. Anderslautende Antworten erhielten den Wert 0.
Die Daten wurden nun auf IBM-Lochkarten übertragen und auf der Rechenanlage des Hochschulrechenzentrums der Universität Frankfurt ausgewertet. Dabei wurde das dort implementierte Programmpaket SPSS benutzt.× Ergänzende Berechnungen erfolgten mit einem Tischrechner.

Nach einem Kumulationsprinzip wurden Antworten der Fragen des Fragebogens zur Angst vor Tod und Sterben, die in die Angstrichtung weisen, summiert

---

× In diesem Zusammenhang möchte ich Herrn Michael Roth danken, der die statistischen Berechnungen durchgeführt hat.

und für die einzelnen Subskalen zu einem Todesangstwert zusammengestellt. Dieser wurde anschließend innerhalb einer Untergruppe gemittelt und taucht als Mittelwert $\bar{X}$ bzw. dessen Relativdarstellung $\bar{X}_{rel}$ bezogen auf die maximal erreichbare Punktzahl in den Abb. 1 bis 6 und in Tabelle 5 und 9 auf.

Insgesamt wurden sechs Untergruppen gebildet: Die männlichen Parkinson-Patienten und deren Ehepartner, die weiblichen Parkinson-Patienten und deren Ehepartner, die männlichen und weiblichen Vergleichspersonen.

4.2 Ergebnisse des Fragebogens zu Angst vor Tod und Sterben

Eine für jede Frage gesonderte Darstellung des prozentualen Anteils der befragten Gruppen, der im Angst-Sinne geantwortet hat, findet sich in Form von Säulendiagrammen im Anhang Seite 111ff.

In weiteren Ausführungen sind die einzelnen Fragen nicht Gegenstand der Analyse, sondern werden lediglich als exemplarische Beispiele bei der Interpretation der mehrdimensionalen Aspekte von Angst vor Tod und Sterben angeführt.

In der folgenden Tabelle 5 wurden, getrennt nach Untersuchungsgruppen und Dimensionen der Todesfurcht, die in Angstrichtung beantworteten Fragen aufsummiert und Mittelwerte $\bar{X}$ gebildet. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse untereinander konnte durch die Relativform $\bar{X}_{rel.}$ (bezogen auf die maximal erreichbare Punktzahl) der Mittelwerte $\bar{X}$ erreicht werden.

In Abb. 1 wurden die ermittelten Todesangstwerte $\bar{X}_{rel.}$ aus Tabelle 5 zu einer Profildarstellung zusammengestellt.

Um die Differenzen der Antworthäufigkeiten zwischen den Todesangstdimensionen SK1-8 noch deutlicher hervorzuheben wurde in Abb. 2 auf die Differenzierung

in die einzelnen Probandengruppen verzichtet. Grundlage für die Profildarstellung bildeten die berechneten Werte $\bar{X}_{ges.rel.}$ aus Tabelle 5.

Die ermittelten Antwortdifferenzen unterstützen sehr einprägsam Hoelters Ansatz der Mehrdimensionalität von Angst vor Tod und Sterben.

Im folgenden wird der Versuch unternommen, die ermittelten Beantwortungshäufigkeiten innerhalb der acht Angstdimensionen zu interpretieren.

Dazu wurden mögliche Einflüsse der beiden Faktoren Gruppe (Parkinson-Patienten, Ehepartner, Vergleichspersonen) und Geschlecht (männlich, weiblich) in einer zweifaktoriellen Varianzanalyse untersucht und deren Ergebnisse in Tabelle 6 dokumentiert.

Mit den Varianzanalysen wurden hintereinander jeweils drei Fragen beantwortet:

1) Haben die beiden Haupteffekte zusammengenommen eine Wirkung?
2) Haben die Haupteffekte einzeln eine Wirkung?
3) Ist ihre Interaktion von Bedeutung?

Für die Berechnung wurde ein faktorielles Design für ungleiche Zellhäufigkeiten benutzt. (SPSS-Version) Bei einer Zufallswahrscheinlichkeit von $p = .05$ für einen F-Wert wurde der zugehörige Effekt als signifikant s, bei $p = .01$ als sehr signifikant ss bewertet. Für $p > .05$ wurde die Wertung ns = nicht signifikant vorgenommen.

Tabelle 5: Absolute und relative Todesangstwerte mit und ohne Differenzierung nach Untersuchungsgruppen

S U B S K A L A	1			2			3			4		
SPANNWEITE Pkt.	0 - 6			0 - 6			0 - 4			0 - 6		
	$\bar{X}$	$\bar{X}_{rel}$	$\tilde{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{rel}$	$\tilde{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{rel}$	$\tilde{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{rel}$	$\tilde{X}$
15männl.Park.Pat.	4,5	0,75	5	2,1	0,35	2	2,1	0,53	3	2,9	0,48	3
15weibl.Ehepartner	4,8	0,80	5	3,1	0,52	3	1,7	0,43	2	3,9	0,65	4
15männl.Ehepartner	4,5	0,75	5	1,1	0,18	0	1,9	0,48	2	3,6	0,60	3
15weibl.Park.Pat.	5,1	0,85	6	3,7	0,62	4	2,6	0,65	3	3,5	0,58	4
30männl.Vergleichsp.	4,6	0,77	5	1,2	0,20	0,5	1,5	0,38	1	3,6	0,60	3,5
30weibl.Vergleichsp.	4,7	0,78	5	2,8	0,47	3	1,6	0,40	1	3,9	0,65	4
$\bar{X}_{ges.}$	4,7			2,3			1,9			3,6		
$\bar{X}_{ges.rel.}$	0,78			0,38			0,48			0,59		

Tabelle 5: Absolute und relative Todesangstwerte mit und ohne Differenzierung nach Untersuchungsgruppen (Fortsetzung)

S U B S K A L A	5			6			7			8		
SPANNWEITE Pkt.	0 - 5			0 - 5			0 - 6			0 - 4		
	$\bar{X}$	$\bar{X}_{rel}$	$\tilde{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{rel}$	$\tilde{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{rel}$	$\tilde{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{rel}$	$\tilde{X}$
15männlPark.Pat.	1,1	0,22	1	2,7	0,54	3	0,9	0,15	1	1,5	0,38	1
15weibl.Ehepartner	0,9	0,18	1	3,1	0,62	3	0,7	0,12	0	1,0	0,25	0
15männl.Ehepartner	1,1	0,22	1	2,3	0,46	3	0,8	0,13	0	0,9	0,23	1
15weibl.Park.Pat.	2,0	0,40	2	3,8	0,76	4	1,5	0,25	1	1,7	0,43	1
30männl.Vergleichsp.	1,4	0,28	1	2,0	0,4o	1,5	0,8	0,13	0	2,0	0,50	2
30weibl.Vergleichsp.	1,5	0,30	1	2,4	0,48	2	1,0	0,17	0	1,6	0,40	1
$\bar{X}_{ges.}$	1,3			2,7			0,95			1,5		
$\bar{X}_{ges.rel.}$	0,27			0,54			0,16			0,36		

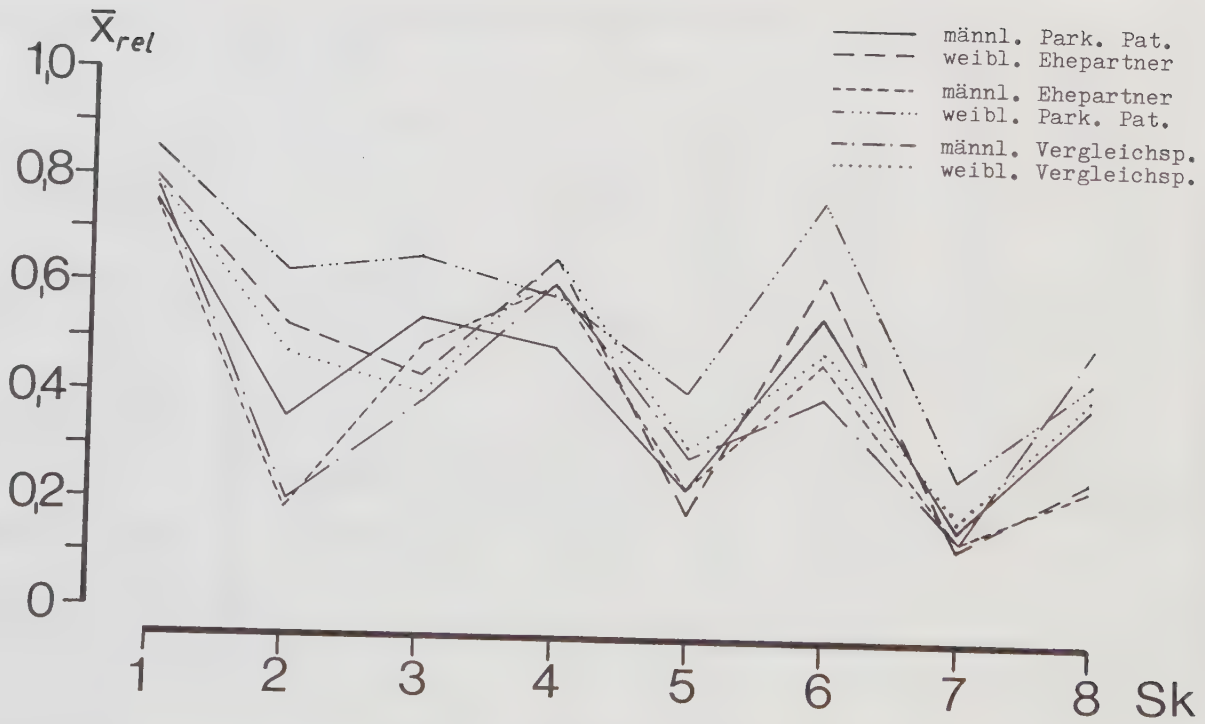


Abb. 1: Profildarstellung der Todesangstwerte getrennt nach Untersuchungsgruppen

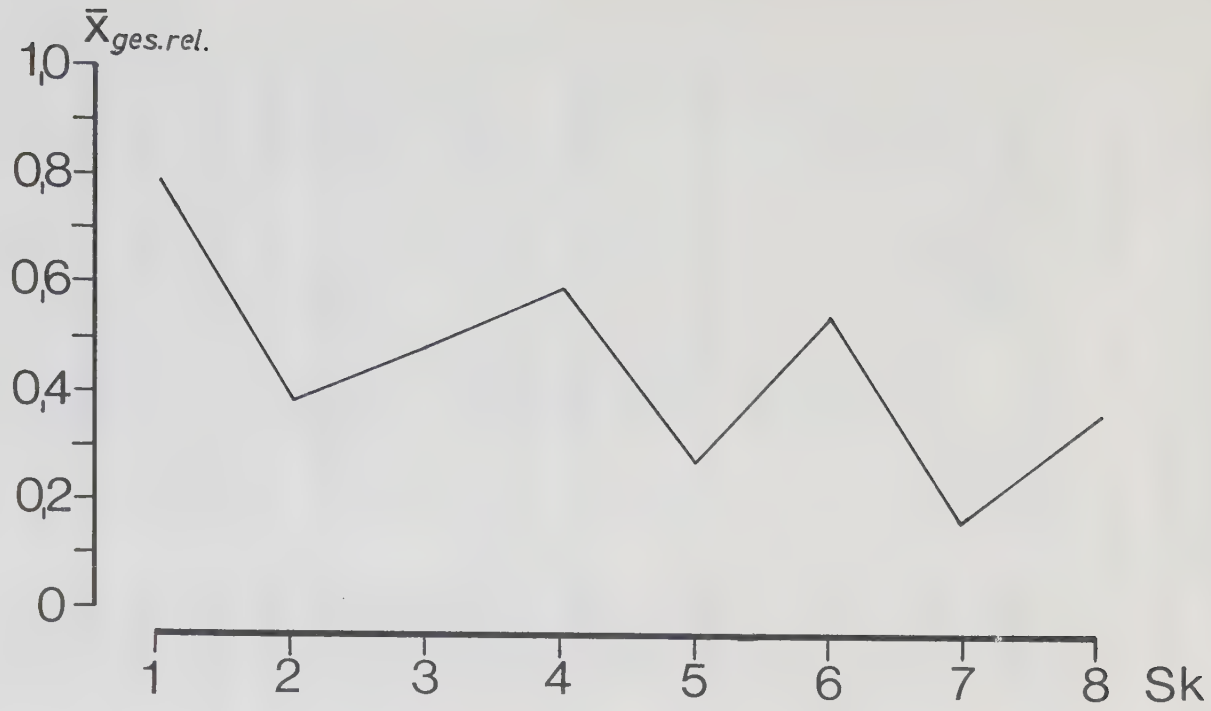


Abb. 2: Profildarstellung der Todesangstwerte ohne Differenzierung nach Untersuchungsgruppen

Tabelle 6: Ergebnisse der 2-Weg-Varianzanalyse

Gruppe x Geschlecht

Subsk.	Variations-quelle	Freiheits-grade	F	Zufalls-wahrschl. von F	Signif.-Entschdg.
SK 1	Haupteff.	3	.40	.75	n.s.
	Gruppe	2	.10	.90	n.s.
	Geschl.	1	.99	.32	n.s.
	Interakt.	2	.24	.79	n.s.
SK 2	Haupteff.	3	10.83	.00	s.s.
	Gruppe	2	2.34	.10	n.s.
	Geschl.	1	27.81	.00	s.s.
	Interakt.	2	.19	.82	n.s.
SK 3	Haupteff.	3	2.66	.05	s.
	Gruppe	2	3.86	.02	s.
	Geschl.	1	.25	.62	n.s.
	Interakt.	2	.63	.53	n.s.
SK 4	Haupteff.	3	1.31	.27	n.s.
	Gruppe	2	1.33	.27	n.s.
	Geschl.	1	1.27	.26	n.s.
	Interakt.	2	.09	.92	n.s.
SK 5	Haupteff.	3	2.13	.10	n.s.
	Gruppe	2	2.52	.09	n.s.
	Geschl.	1	1.35	.25	n.s.
	Interakt.	2	2.78	.07	n.s.
SK 6	Haupteff.	3	5.51	.00	s.s.
	Gruppe	2	5.27	.01	s.s.
	Geschl.	1	5.99	.02	s.
	Interakt.	2	.61	.54	n.s.
SK 7	Haupteff.	3	.88	.46	n.s.
	Gruppe	2	.93	.40	n.s.
	Geschl.	1	.78	.38	n.s.
	Interakt.	2	.67	.52	n.s.
SK 8	Haupteff.	3	2.51	.06	n.s.
	Gruppe	2	3.67	.03	s.
	Geschl.	1	.19	.66	n.s.
	Interakt.	2	.71	.49	n.s.

Subskala 1: Angst vor dem Sterbeprozeß
(Item 9,21,24,27,28,34)

Wiederholend sei erwähnt, daß hier nach Angst vor dem Sterben durch Feuer, Krebs, Gewalt, Ersticken oder Ertrinken, unter Schmerzen und einem langsamen Sterben gefragt wird.

In der Varianzanalyse Tabelle 6 wird der optische Eindruck aus Abb. 1 bestätigt, daß in der Verteilung der Antworthäufigkeiten zwischen den befragten Gruppen kein signifikanter Unterschied besteht.

Bemerkenswert ist jedoch, daß bei diesem Fragenkomplex der höchste Gesamttodesangstwert $\bar{X}_{ges.rel.}$ 0,78 (vgl. Tab. 5 und Abb. 2) erreicht wird. Dies zeigt sich auch exemplarisch bei der prozentualen in die Angstrichtung weisenden Antwortverteilung der hierzu gestellten Fragen (S. 111ff, Frage 9,21,28,34).

Es liegt die Vermutung nahe, daß der Sterbevorgang, mehr als der Tod oder das Totsein, die Vorstellung vom Ausgestoßenwerden aus der menschlichen Gesellschaft weckt. Wittkowski (1980b S. 6)vermutete bereits: "Die Angst vor dem Sterben, an der die Angst vor Schmerzen, aber auch und besonders die Angst vor Einsamkeit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit beteiligt sind, scheint durchweg stärker zu sein, als

die Angst vor dem Tod bzw. dem 'Totsein'".
Mit der vorliegenden Untersuchung kann diese Vermutung bestätigt und untermauert werden, da Angst vor dem Tod bzw. dem 'Totsein' in den Subskalen 2 und 5 zum Ausdruck kommt und die dort ermittelten Gesamtangstwerte $\bar{X}_{ges.rel.}$ deutlich niedriger liegen (vergl. Tabelle 5).

Es wird deutlich, daß Angst vor dem Sterbeprozeß gegenüber Angst vor dem Tod dominiert. Angst vor körperlichen Beschwerden und Schmerzen führt zu der starken Angstausprägung vor dem Sterben, unabhängig davon, ob der Befragte selbst erkrankt, mit einem kranken Ehepartner verheiratet oder gesund ist.

Subskala 2: Angst vor dem Tod und Toten
(Item 11,13,14,17,20,40)

Diese Skala erfaßt affektive Ablehnung und Abwehr des Befragten, die sich als Angst bei der antizipierten Begegnung mit Tod und Toten ausdrückt. Dazu wurden den Befragten Items mit stimulierenden Reizworten wie "Leichenhalle, Leichnam, Leiche, Friedhof, totes Tier, tote Lebewesen" vorgelegt.

Aus Abb. 1 ist zu entnehmen, daß diese Subskala die größte Streubreite der Todesangstwerte aufweist. Die weiblichen Probanden erzielen durchweg höhere Werte als die männlichen. Dies wird auch in der Varianzanalyse Tabelle 6 sehr deutlich, in der der Geschlechtereinfluß als sehr signifikant zur Darstellung kommt. Sehr deutlich wird dies auch in der Antwortverteilung der Fragen 13,14,17,40 im Anhang S. 111ff.

Aus den Ergebnissen läßt sich folgern, daß die Konfrontation mit Tod und Toten für Frauen deutlich angstbesetzter ist als für Männer und somit eigentlich ein geschlechtsgebundenes Phänomen ist. Selbst ein chronisch kranker Mann äußert hierzu weniger Angst als eine gesunde Frau.

Subskala 3: Angst vor der Zerstörung des Körpers danach (Item 4,6,16,32)

Die hierzu gestellten Fragen forschen nach Ängsten vor Entstellung oder Verstümmelung des Körpers nach dem Tod und vor der Organspende. Die Antwortverteilung spiegelt die Angst vor der Desintegration des eigenen Leichnams durch Menschenhand wieder.

Wie aus Abb. 1 und Tabelle 6 ersichtlich ist, tritt bei der Antwortverteilung ein Gruppenphänomen zutage. Es findet sich ein absteigendes Angstmaß von den Parkinson-Patienten über die Ehepartner bis zu den Vergleichspersonen (vgl. auch Frage 4 und 16 im Anhang S. 111 ff).

In die Beantwortung der Fragen floß sicherlich mit ein, welchen antizipierten Stellenwert der Körper für den Befragten nach dessen Tod noch einnimmt, wie stark egoistische Bewahrungstendenzen ausgeprägt sind und damit die Möglichkeit bzw. der Wunsch in Betracht gezogen wird,den Lebenden mit dem eigenen Körper noch dienlich sein zu können.
Auch spielt der Umstand eine nicht zu vernachlässigende Rolle, inwieweit es der Proband für möglich hält, daß bei einer bejahenden Einstellung zur Organspende im Erkrankungsfall noch sinnvolle, eventuell lebensrettende Maßnahmen unterbleiben,um Organe zur

Transplantation zu entnehmen oder sogar Organe entnommen werden, bevor der Tod eingetreten ist.

An dieser Stelle muß erwähnt werden, daß nur von einigen weiblichen Parkinson - Patienten in diesem Zusammenhang die Frage gestellt wurde,ob denn mit einer bestimmten Antwortwahl zu den Fragen 4,16,32 gleichzeitig eine Einverständniserklärung zur Organspende abgegeben wird.
Hier tritt ein Phänomen zutage welches zeigt, daß bei der Befragung nicht nur vorhandene Ängste abgefragt sondern auch induziert werden.

Resümierend ist festzustellen, daß eine chronische Alterskrankheit die Ausprägung egoistischer Bewahrungstendenzen fördert, die sich in einer verminderten souveränen Distanz dem eigenen Körper gegenüber zeigen.

Subskala 4: Angst vor dem Tod Nahestehender und deren Reaktion auf den eigenen Tod (Item 2,3,5,8,29,31)

Dieser Themenkomplex beinhaltet Fragen die nach Angst im Zusammenhang mit dem Tod von Familienangehörigen und nahestehenden Personen fragen und die dazu auffordern, jene Fassungslosigkeit bei nahestehenden Menschen zu antizipieren, die der eigene Tod bei ihnen auszulösen vermag.

Betrachtet man die Profildarstellung der relativen Angstwerte $\bar{X}_{rel.}$ (Abb. 1), so fällt auf, daß die Parkinson-Patienten das einzige Mal die beiden niedrigsten Todesangswerte innerhalb einer Subskala einnehmen. Die Begründung hierfür liegt im Inhalt der Fragen.
Parkinson-Patienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium haben kaum Freunde und Bekannte. Sie leben zurückgezogen und sozial isoliert (vgl. S. 12). Fragen nach dem Tod und Sterben von Freunden und Bekannten sind für sie ohne Relevanz.

Im Rahmen der Datenerhebung äußerten die Parkinson-Patienten immer wieder spontan, daß sie sich ganz besonders vor dem Tod des Ehepartners (Pflegeperson) fürchten. "Denn was soll dann aus mir werden?" Die egoistischen Gründe dieser Haltung sind nicht zu übersehen, denn stürbe die Pflegeperson (= der

Ehegatte), müßte eine pflegerisch tätige Institution die Betreuung übernehmen.

Aufgrund dieser Äußerungen dürfte man erwarten, daß die Patienten die Fragen 5 und 29 (vgl. Säulendiagramm im Anhang) besonders stark bejahen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Vielmehr äußerten auch die gesunden Personen der Kontrollgruppe sehr viel Angst vor dem Tod von Familienangehörigen, wenn man danach fragte.

Im Rahmen der Varianzanalyse Tabelle 6 konnte kein signifikanter Geschlechter- bzw. Gruppeneffekt ermittelt werden. Die Höhe der Angstwerte zeigt jedoch, daß zu diesem Themenbereich von allen Befragten ein hohes Maß an Angst geäußert wurde (vgl. Abb. 2).

Subskala 5: Angst vor dem Unbekannten nach dem Tod (Item 1,19,26,33,41)

Die Probanden werden hier aufgefordert, zu Fragen Stellung zu nehmen, die ihre Angst vor dem "Danach", dem "Unbekannten" dem "Totsein" ansprechen. Ebenso wird gezielt nach Angst bei Infragestellung der Existenz eines Schöpfers, eines höheren Wesens, gefragt.

Die Verteilung der ermittelten Todesangstwerte dokumentiert Tabelle 5 und Abb. 1. Die durchgeführte Varianzanalyse Tabelle 6 ergab weder einen signifikanten Gruppen- noch Geschlechtereffekt.
Bei der Datenanalyse fällt jedoch auf, daß die Gruppen der Ehepartner den niedrigsten Todesangstwert erzielen. Eine Interpretation hierzu findet sich unter Subskala 8, in der dieses Antwortverhalten noch deutlicher zum Ausdruck kommt (vgl. auch Frage 26 und 41 im Anhang S. 111ff).

Die Wahl der Antwort wurde sicherlich davon beeinflußt, inwieweit der Befragte in einer jenseitigen Existenz Belohnung oder Strafe sieht und wie stark sein Verlangen nach Weiterleben über den Tod hinaus ist. Von bedeutendem Einfluß ist auch der Umstand, ob der Proband überhaupt an die Existenz eines "Höheren Wesens" bzw. an ein wie auch immer geartetes Weiterleben nach dem Tod glaubt oder es erhofft (Jenseitsglaube).

Es ist erstaunlich, daß dieser Themenbereich den siebten Rangplatz in der Abfolge der durchschnitt - lichen Angstausprägung einnimmt (vgl. Abb. 2). Ei - gentlich liegt doch in dem Unbekannten, in dem, was danach kommt und die Menschen seit jeher beschäftigt hat, der Sinn unseres Lebens. "Wofür das Ganze, wenn es nicht irgendwie weitergeht?"
Es wäre durchaus nicht ungewöhnlich, wenn zu diesen Fragen ein hohes Maß an Angst geäußert würde. Daß dem nicht so ist läßt vermuten, daß hier diverse Abwehrmechanismen zum Tragen kommen (vgl. Witt - kowski 1978, S.122ff).

Subskala 6: Angst vor dem Scheintod
(Item 7,10,15,30,38)

In dem hier vorgelegten Fragebogen ist erstmals ein Fragenkomplex enthalten,der versucht, die Angst vor dem Scheintod bzw. dem lebendig-Begrabenwerden zu erfassen.

Die gefundene Antwortverteilung zeigt Tabelle 5 und Abb. 1. In der Varianzanalyse Tabelle 6 fällt ein sehr signifikanter Gruppen- und ein signifikanter Geschlechtereffekt auf. In der Verteilung der durchschnittlichen Gesamtangstwerte $\bar{X}_{ges.rel.}$ erreicht diese Subskala den dritthöchsten Wert (vgl. Abb. 2 und Frage 10,15,38 im Anhang S. 111ff).

Daß es bei unserem derzeitigen Gesundheitssystem noch für möglich gehalten wird, nur scheintot zu sein und somit lebendig begraben zu werden, hat möglicherweise noch seine Wurzeln im unzureichenden Stand der Medizin früherer Jahrhunderte. So schreibt Hartmann (1979, S. 12) beispielsweise über Praktiken des Barock : "Zahlreiche Berichte weisen darauf hin, daß Angehörige beim Sterben wohl etwas nachhalfen durch Wegziehen oder Aufdrücken von Kissen und daß in der Eile des Beerdigens mancher Scheintote unter die Erde kam". Ängstliche Menschen forderten damals, dem

frisch Verstorbenen eine Schnur in die Hand zu geben, die aus dem Sarg heraus zu einer Glocke auf dem Grab führte und der Verstorbene sich somit, falls er wieder aufwachen würde, bemerkbar machen könnte.
Erst in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wurde die Leichenschau und die mindestens drei-tägige Spanne zwischen dem Eintritt des Todes und der Beerdigung eingeführt.

Erstaunlich ist, daß die Vergleichsgruppe zu diesem Themenkreis innerhalb der Subskala den Fragen durchschnittlich am wenigsten beipflichtet. Dies bedeutet, daß Menschen, die nicht durch eine schwere chronische Erkrankung belastet sind, den Tatbestand des nur Scheintot-Seins für recht unwahrscheinlich halten und demzufolge wenig Angst davor haben.

Im Gegensatz dazu äußerten sich die Parkinson-Patienten, insbesondere die weiblichen. Für den Erkrankten liegt das Scheintod- bzw. lebendig-Begraben-Sein durchaus in seinem Erfahrungsbereich. Die zu den sog. Kardinalsymptomen seiner Erkrankung zählende Akinese kann sich bis zu den akinetischen Krisen steigern, den längerdauernden Zuständen absoluter Unbeweglichkeit bei vollem Bewußtsein.

Die Patienten beschrieben ihre Empfindungen in einer solchen Situation selbst als lebendig eingemauert bzw. als Lebender schon begraben zu sein. Hierdurch wird verständlich, daß durch den oft täglich erlebten "Scheintod" mehr Angst vor diesem speziellen Lebensende geäußert wird als von gesunden Probanden.

Subskala 7: Angst um den Körper nach dem Tod
(Item 12,18,22,35,36,39)

Zu diesem Themenbereich wurden den Probanden sechs Items vorgelegt, deren Inhalt sich mit der Beschaffenheit und dem Ort der letzten Ruhestätte und dem körperlichen Zerfall nach dem Tod beschäftigt. Den Befragten wird unterschwellig die Endlichkeit des Körpers verdeutlicht und die Tatsache vor Augen geführt, daß er nach dem Tod im Diesseits verbleibt und verwesen wird.

Die Antworthäufigkeiten der befragten Gruppen finden sich in Abb. 1 und Tab. 5. Die durchgeführte Varianzanalyse Tab. 6 ergab keine signifikanten Effekte. In der gemittelten Angstausprägung aller Gruppen zusammengenommen, wird der niedrigste Angstwert erreicht (vgl. Abb. 2). Von den sechs gestellten Fragen wurde im Mittel nur eine im Angst-Sinne beantwortet. Dies wird auch sehr deutlich bei den Diagrammen der Antworthäufigkeiten der einzelnen Fragen im Anhang.

Die Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß die Befragten den üblichen Werdegang des Körpers nach dem Tod akzeptieren, demzufolge dazu auch sehr wenig Angst äußern.

Subskala 8: Angst vor einem zu frühen Tod
(Item 23,25,37,42)

Die Fragen zu dieser Thematik sprechen die zeitliche Begrenztheit des Lebens an und konfrontieren die Befragten mit der Tatsache, daß der Tod ihre Lebensplanung einengen, eventuell durchkreuzen oder sie auch um die Früchte ihrer jahrzehntelangen beruflichen Tätigkeit (Ruhestand, Rente) bringen kann.

Bei der Analyse der Antworthäufigkeiten fand sich ein bemerkenswertes Ergebnis. Die Gruppe der Ehepartner äußert deutlich weniger Angst als die anderen Befragten. Dieser Gruppeneffekt wird in der Varianzanalyse Tab. 6 als auch in Abb. 1 bestätigt. Recht einprägsam zeigt sich dieser Effekt auch in den in Angstrichtung weisenden Antworthäufigkeiten der Fragen 25 und 42 im Anhang Seite 111ff.

Dies wirft die Frage auf, warum die Ehepartner so wenig Furcht vor ihrem vorzeitigen Tod äußern, obwohl sie doch für die Pflege des Kranken so dringend gebraucht werden. Haben sie sich mit der Einengung ihrer persönlichen Entfaltung und der sozialen Isolation durch die ständige Betreuung des Kranken abgefunden? Ist es eine in Resignation mündende Per-

spektivlosigkeit ihres zukünftigen Lebensverlaufs? Gibt es also für sie keine erstrebenswerten Ziele oder die Aussicht auf einen geruhsamen Lebensabend mehr, vor deren Vorenthaltung es sich zu fürchten lohnt? Ist es vielleicht ein Hinweis, daß der Ehegatte lieber heute als morgen zu sterben bereit und damit schon zu einem Todeskandidaten geworden ist? Jacobi et al (1982) stellten die Frage, ob vielleicht eine verdeckte Depression, ausgelöst durch die seelische Belastung und die Trauer über den Kranken, eine Ursache für die relative Furchtlosigkeit ist.

Es wird deutlich, daß die Ergebnisse nicht eindeutig sind, sondern im Gegenteil mehrere Interpretationsweisen offenlassen.

Im Gegensatz dazu äußern die gesunden Vergleichspersonen und besonders die männlichen, relativ mehr Angst zu diesem Fragenkomplex. Dies mag darauf zurückzuführen sein, daß sie zum größten Teil noch im Berufsleben intergriert sind (vgl. Tab. 3), noch keine Einengung ihrer persönlichen Entfaltung durch die ständige Betreuung eines chronisch Kranken hinnehmen müssen und demzufolge noch Zukunftsperspektiven und Pläne haben, die ihnen durch einen vorzeitigen Tod vorenthalten werden könnten.

Am Anfang dieses Kapitels wurde bereits darauf hingewiesen, daß bei der Befragung ein unterschiedlich hohes Angstmaß zu den einzelnen Dimensionen ermittelt werden konnte.
Um die Bedeutsamkeit der Angstdimensionen einprägsam beurteilen zu können, wurden diese nach ihrer fallenden Angstausprägung geordnet, wie es in Abb. 3 und Tab. 7 geschehen ist.

Es zeigt sich, daß "Angst vor dem Sterbeprozeß (SK1)" von nahezu allen Befragten angegeben und hierzu auch einheitlich der höchste Todesangstwert ermittelt wurde. Die minimale Streubreite der Angstwerte innerhalb der Subskala läßt die Folgerung gerechtfertigt erscheinen, daß die Angst vor dem Sterbeprozeß unabhängig von Geschlecht, chronischer Alterskrankheit und Existenz eines erkrankten Ehepartners ist.

Den zweithöchsten Stellenwert nimmt für die Parkinson-Patienten die "Angst vor dem Scheintod (SK6)" ein, während die anderen Gruppen einheitlich die "Angst vor dem Tod Nahestender (SK4)" in diese Position rücken.

Die beiden Aspekte "Angst vor dem Unbekannten nach dem Tod (SK5)" und "Angst um den Körper nach dem Tod (SK7)" entbehren offenbar jeder Bedeutung für die Befragten. Allerdings muß der bei SK5 ermittelte Todesangstwert angezweifelt werden (vgl. S. 74ff).

Tabelle 7: Rangordnung der Todesangstdimensionen nach fallender Angstausprägung

	RANG 1 Subskala	RANG 2 Subskala	RANG 3 Subskala	RANG 4 Subskala	RANG 5 Subskala	RANG 6 Subskala	RANG 7 Subskala	RANG 8 Subskala
15männl.Park.Pat.	1	6	3	4	8	2	5	7
15weibl.Ehepartner	1	4	6	2	3	8	5	7
15männl.Ehepartner	1	4	3	6	8	5	2	7
15weibl.Park.Pat.	1	6	3	2	4	8	5	7
30männl.Vergleichsp.	1	4	8	6	3	5	2	7
30weibl.Vergleichsp.	1	4	6	2	3	8	5	7
120 gesamt	1	4	6	3	2	8	5	7

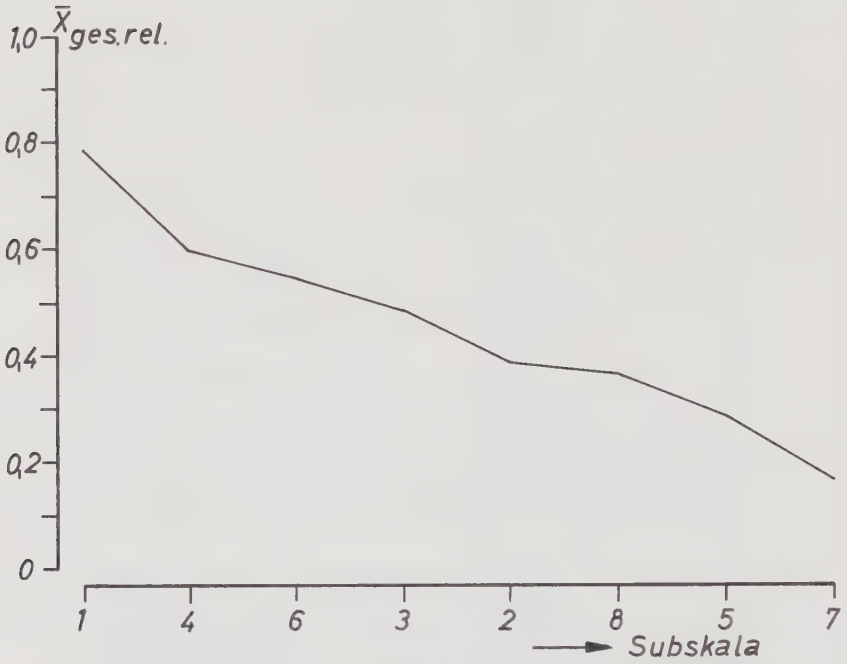


Abb. 3: Rangordnung der Todesangstdimensionen nach fallender Angstausprägung

Subskala 1: Angst vor dem Sterbeprozeß

Subskala 2: Angst vor dem Tod und Toten

Subskala 3: Angst vor der Zerstörung des Körpers nach dem Tod

Subskala 4: Angst vor dem Tod Nahestehender und deren Reaktion auf den eigenen Tod

Subskala 5: Angst vor dem Unbekannten nach dem Tod

Subskala 6: Angst vor dem Scheintod

Subskala 7: Angst um den Körper nach dem Tod

Subskala 8: Angst vor einem zu frühen Tod

4.3 Ergebnisse des Persönlichkeitsfragebogens und Angst vor Tod und Sterben

Die folgende Tabelle 8 veranschaulicht die Untersuchungsergebnisse des Persönlichkeitsfragebogens EPI Form B. Für jede Probandengruppe wurde eine Tabellierung der gemittelten Punktwerte $\bar{X}$ und deren Spannweite in den drei Merkmalsbereichen Extraversion E, Neurotizismus N und Lügen L (Verfälschung, Beantwortung im Sinne der sozialen Erwünschtheit) vorgenommen.

Bei Eggert (1974) finden sich Hinweise über eine geschlechtsabhängige Ausprägung der Skalenwerte dahingehend, daß weibliche Versuchspersonen deutlich höhere Neurotizismus- und niedrigere Extraversions-Werte erreichen als männliche. Dies kann anhand des Datenmaterials der Vergleichsgruppen bestätigt werden.

Betrachtet man die Ergebnisse $\bar{X}$ für N und E der weiblichen Ehepartner, so erkennt man eine größere Übereinstimmung mit den Werten der gesunden männlichen Vergleichsprobanden, als mit den gesunden weiblichen. Die Ursache dafür liegt möglicherweise darin, daß der weibliche Ehegatte eines chronisch Kranken in zunehmendem Maße in die Rolle des Mannes (Familienvorstand, Ernährer usw.) gedrängt wird und damit Attribute der hier gemessenen Persönlichkeitsmerkmale verstärkt bzw. abgeschwächt werden.

Tabelle 8: Ergebnisse des Persönlichkeitsfragebogens

	E-P-I N		E-P-I E		E-P-I L	
	Mittelw. $\bar{x}$	Spannweite	Mittelw. $\bar{x}$	Spannweite	Mittelw. $\bar{x}$	Spannweite
15männl.Park.Pat.	12,9	4-19	10,3	5-18	3,2	0-6
15weibl.Ehepartner	10,1	3-19	12,2	8-19	3,7	1-7
15männl.Ehepartner	9,3	3-15	11,8	8-17	3,5	2-6
15weibl.Park.Pat.	15,1	8-21	9,5	4-16	2,7	1-5
3omännl.Vergleichsp.	9,8	1-21	13,1	5-21	2,2	0-5
3oweibl.Vergleichsp.	12,8	2-22	11,1	3-19	2,6	0-6

Wendet man sich den Ergebnissen der Parkinson-Patienten zu, so fällt auf, daß die männlichen (weiblichen) Erkrankten in der N-Skala in Gegenüberstellung mit der männlichen (weiblichen) Vergleichsgruppe einen deutlich höheren und in der E-Skala einen niedrigeren Wert erreichen.
Dieses Werteverhalten läßt die Vermutung zu, daß durch die chronische Erkrankung Merkmale der Introversion verstärkt und jene der Extraversion abgeschwächt werden. Unterstützt wird diese Annahme durch die nach außen ängstlich-reservierte, mißmutig-depressive Verstimmung der Parkinson-Patienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium.

Eine abschließende Beurteilung dieser Befunde kann anhand einer einmaligen Querschnittsuntersuchung nicht gegeben werden und ist auch nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchungen wurde auch der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Angstausprägung vor Tod und Sterben beleuchtet.
Obwohl Persönlichkeitsvariablen für das Erleben und Verhalten von Menschen gegenüber Tod und Sterben von großer Relevanz sind und deren Bedeutung

für die Erforschung der Angst vor dem Tod von Lester (1967) deutlich hervorgehoben wurde, existieren, wie Wittkowski (1980b) bemerkte, bisher nur wenige Arbeiten zu diesem Thema.

Wolff (1966) erforschte emotionale Reaktionen älterer psychiatrischer Patienten gegenüber Problemen des Alterns und des Todes in Abhängigkeit von Persönlichkeitsstrukturen. Unter anderem fand er bei zwei Erscheinungsformen, die er als passivabhängig bzw. instabile Persönlichkeit bezeichnete, Merkmale emotionaler Labilität (Neurotizismus). Beide Gruppen empfanden Tod und Sterben als eine Drohung und äußerten entsprechend viel Angst davor.

Templer (1972) fand signifikant positive Korrelationen ($r = .36$; $\alpha = 0{,}01$) zwischen der Neurotizismusskala des EPI und der Death Anxiety Scale (DAS) von ihm selbst, nicht aber zwischen DAS und Extraversionsskala.

Auch Moses (1973) berichtet, allerdings ohne Angabe von statistischen Kennwerten, über positive Beziehungen zwischen Neurotizismus (EPI) und Angst vor Tod und Sterben, gemessen mit Boyar's Fear of Death Scale.

In Tabelle 9 wurden die berechneten Korrelationskoeffizienten zwischen den gemittelten Todesangstwerten der Untersuchungsgruppen innerhalb der Subskalen und den Persönlichkeitsmerkmalen Extraversion EPI-E und Neurotizismus EPI-N zusammengestellt.

Zusätzlich wurden noch Korrelationen zwischen den Todesangstwerten der einzelnen Subskalen und der allgemeinen Beeinträchtigung bzw. Erkrankungsschwere der Parkinson-Patienten gebildet. Auf diese Ergebnisse wird im folgenden noch eingegangen.

> Korrelationskoeffizienten bis zur Höhe von $r = .35$ sind bei einer Fallzahl von 30 Probanden (und im Falle von $r = .25$ bei 60 Probanden) als Zufallskorrelationen zu betrachten. Bei Korrelationskoeffizienten von $r > .35$ ($r > .25$) liegt mit einer Irrtumswahrscheinlichlichkeit von nur 5% eine Korrelation in der Grundgesamtheit vor (Sachs, 1978).

Nach Wittkowski (1978) gilt als ein gut gesicherter Kenntnisstand der Psychologie der Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und emotionaler Labilität. Es ist demzufolge nicht ungewöhnlich, daß auch zwischen Angst vor Tod und Sterben und Neurotizismus entsprechende Korrelationen gefunden werden.

Vornehmlich bei der Gruppe der Vergleichspersonen fanden sich signifikante Korrelationskoeffizienten (vgl. Tab. 9) und in geringerem Maße auch bei den beiden anderen.

Tabelle 9: Korrelationen von Todesangstdimensionen mit Persönlichkeitsmerkmalen und Erkrankungsschwere (allgem. Beeinträchtigung).

(Mit Sternchen x gekennzeichnete Koeffizienten sind auf dem 5% Niveau signifikant).

Subsk.	30 Parkinson-Pat.		30 Ehepartner		60 Vergleichspers.		Erkrankungsschwere
	EPI-E	EPI-N	EPI-E	EPI-N	EPI-E	EPI-N	
SK 1	-.04	.47x	.17	.24	-.03	.44x	.09
SK 2	-.15	.19	.32	.25	-.19	.27x	-.05
SK 3	-.04	.15	-.21	.32	-.01	.08	.01
SK 4	-.06	.26	.16	.38x	.17	.35x	.07
SK 5	.14	.18	.00	.26	-.03	.13	.01
SK 6	-.11	.26	.05	.42x	-.23	.45x	-.13
SK 7	-.28	.40x	-.08	.07	-.18	.25	.18
SK 8	.09	.28	.12	.31	-.12	.25	.13

Wie bereits bei Templer (1972) und Moses (1973) geschehen, konnte auch in der vorliegenden Arbeit kein Zusammenhang zwischen Extraversion und Angst vor Tod und Sterben ermittelt werden.

Die Ergebnisse lassen die Folgerung zu, daß Menschen mit deutlichen Merkmalen emotionaler Labilität zu mehr Angst vor Tod und Sterben neigen als jene, bei denen diese Eigenschaften weniger ausgeprägt sind.

Templer (1971) erkannte bereits, daß Todesangst mehr mit Persönlichkeitsmerkmalen in Verbindung steht und der durch die Persönlichkeit beeinflußten subjektiven Gesundheitseinschätzung, als zu reellen meßbaren Krankheitssymptomen bzw. der Krankheitsschwere.
Diese Erkenntnis leitet über zum nächsten Punkt, in dem die krankheitsabhängige Ausprägung von Angst vor Tod und Sterben beleuchtet werden soll.

4.4 Ergebnisse der Erkrankungsschwere und Angst vor Tod und Sterben

Die Ausprägung der Angst/Furcht vor Tod/Sterben in Abhängigkeit von der körperlichen Gesundheit war schon häufig Gegenstand von Untersuchungen, die jedoch widersprüchliche Ergebnisse erbrachten (vgl. Wittkowski 1978, S. 93ff).

Einerseits äußerten Personen in schlechtem Gesundheitszustand signifikant mehr Angst vor dem Tod/Sterben als Menschen in gutem Allgemeinzustand, andererseits konnte kein signifikanter Unterschied ermittelt werden.

Es zeichnet sich jedoch ab, daß Angst/Furcht vor Tod und Sterben bei Gesunden schwächer ausgeprägt zu sein scheint als bei (somat. oder psych.) Kranken (Wittkowski, 1978). In diese Aussage sind keine terminal Sterbenskranke mit einbezogen. Bei dieser Gruppe ist eher eine Reduzierung der Todesfurcht zu verzeichnen.

Nimmt man an, daß Angst zur Einengung des Verhaltens und zu verstärkter Rigidität führt, so kann man folgende Hypothese aufstellen: "Schlechtes körperliches Allgemeinbefinden, damit einhergehende Schmerzen und verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, die sich besonders im Unvermögen des Moribunden äußert, auf seine Umgebung ge-

zielt nach seinen eigenen Vorstellungen einzuwirken, trägt zur Ausprägung von Angst vor dem Tod und vor dem Sterben bei" (Wittkowski 1978, S. 96).

Um die vorangestellte Vermutung von Wittkowski (1978) zu überprüfen, wurden in Tab. 10 und Abb. 4 die Todesangstwerte $\bar{X}_{rel.}$ der 30 Parkinson-Patienten und der 90 gesunden Probanden (Ehepartner und Vergleichspersonen) gegenübergestellt.

Die ersichtlichen Differenzen sind statistisch signifikant. Dies wurde mit dem Vorzeichentest nach Dixon und Mood (vgl. Harms 1977, S. 153) verifiziert. (Chi-Quadrat = 4,5; f = 1; α = 0,05)

> Als statistisch signifikant gilt ein ermittelter Wert der für f = 1, α = 0,05 (α = 0,01) größer oder gleich 3,84 (6,64) ist.

Anhand der vorliegenden Untersuchung konnte somit bis auf Subskala 4 "Angst vor dem Tod Nahestehender und deren Reaktion auf den eigenen Tod" (vgl. hierzu S. 72 vorliegender Dissertation) die Annahme bestätigt und untermauert werden, daß chronisch kranke Menschen durchschnittlich mehr Angst vor Tod und Sterben haben als gesunde Personen.

Tabelle 10: Vergleichende Gegenüberstellung der Todesangstwerte von erkrankten und gesunden Probanden

S U B S K A L A	1	2	3	4
	$\bar{X}_{rel}$	$\bar{X}_{rel}$	$\bar{X}_{rel}$	$\bar{X}_{rel}$
30 Parkinson-Pat.	0,80	0,49	0,59	0,53
90 gesunde Probanden	0,78	0,34	0,42	0,63

Tabelle 10: Vergleichende Gegenüberstellung der Todesangstwerte von erkrankten und gesunden Probanden (Fortsetzung)

S U B S K A L A	5	6	7	8
	$\bar{X}_{rel}$	$\bar{X}_{rel}$	$\bar{X}_{rel}$	$\bar{X}_{rel}$
30 Parkinson-Pat.	0,31	0,65	0,20	0,41
90 gesunde Probanden	0,25	0,49	0,14	0,35

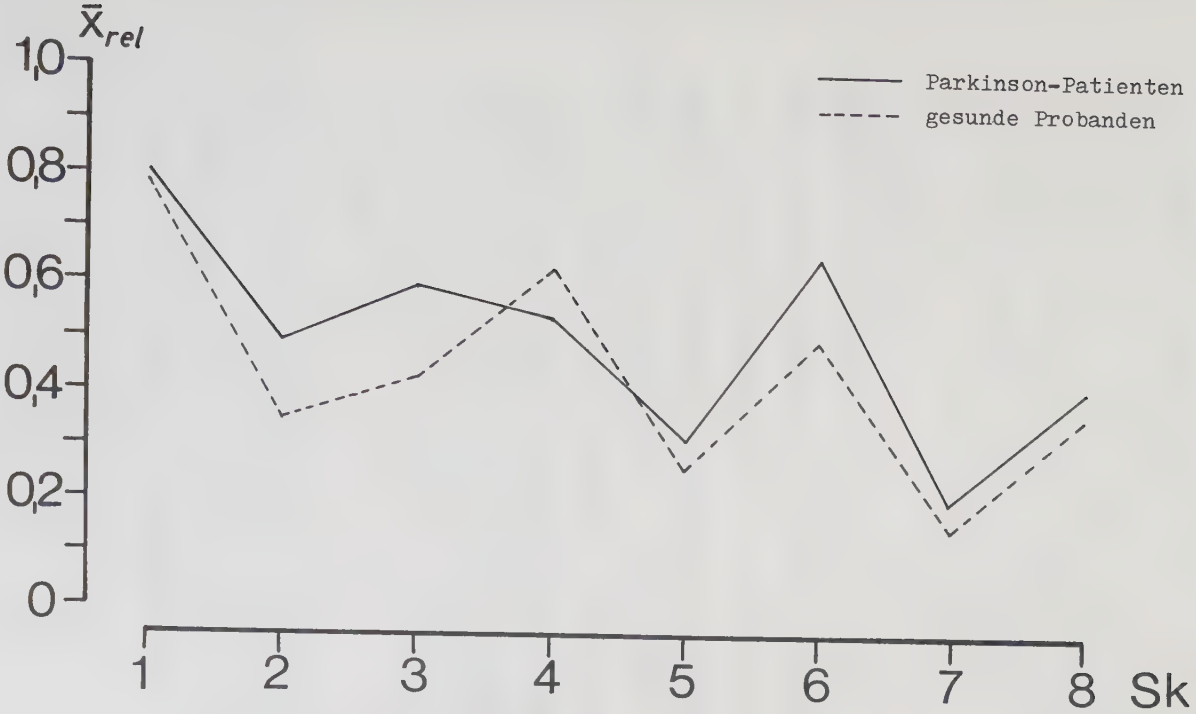


Abb. 4: Ausprägung der Todesangst in Abhängigkeit von einer chronischen Alterskrankheit

Im Rahmen dieser Betrachtungen drängt sich auch die Frage auf, ob denn ein Zusammenhang zwischen der Erkrankungsschwere, gemessen anhand der allgemeinen Beeinträchtigungsskala (Anhang S. 133) und der Ausprägung der Angst vor Tod und Sterben besteht. Hierzu wurden die in Tabelle 9 aufgelisteten Korrelationskoeffizienten berechnet.

Es zeigt sich, daß kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erkrankungsschwere von Parkinson-Patienten und der anhand von 8 Subskalen aufgesplitterten Angst vor Tod und Sterben besteht.

Dieses Ergebnis findet seine Bestätigung bei Templer (1971), der bei einer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Todesangst und somatischen Beschwerden bei einer Gruppe von 75 Pensionären lediglich einen nicht signifikanten Korrelationskoeffizienten von .18 fand.

4.5 Ergebnisse der Geschlechtsabhängigkeit von Angst vor Tod und Sterben

Um über den Einfluß des Geschlechtes auf Angst vor Tod und Sterben eine Aussage machen zu können, wurden die Todesangstwerte $\bar{X}_{rel.}$ der chronischkranken Parkinson-Patienten aus Tab. 5 zu einer gesonderten Profildarstellung, wie in Abb. 5 geschehen, zusammengestellt.

Die Abbildung verdeutlicht sehr eindrucksvoll die Tendenz der weiblichen Parkinson-Patienten zu höheren Todesangstwerten im Vergleich mit ihren männlichen Mitpatienten.

Anhand des Vorzeichentestes wurden die ermittelten Differenzen auf ihre statistische Signifikanz überprüft. (Chi-Quadrat = 8,0; f = 1;α = 0,01)

Es können somit die vielerorts geäußerten Ergebnisse innerhalb einer chronisch kranken Versuchsgruppe bestätigt werden, daß Frauen eine größere Affinität zur Angst vor Tod und Sterben aufweisen als Männer.

Um die Gültigkeit der im vorangestellten Abschnitt aufgeführten Aussage über die geschlechtsabhängige Angstausprägung auch für gesunde Probanden überprüfen zu können, wurden die Todesangstwerte

$\bar{X}_{rel.}$ aus Tab. 5 der 30 männlichen und weiblichen Vergleichspersonen in Abb. 6 gegenübergestellt.

Es zeigt sich auch hier, daß gesunde Frauen mehr Angst vor Tod und Sterben haben als Männer. Die ersichtlichen Differenzen sind gemessen anhand des Vorzeichentestes statistisch signifikant. (Chi-Quadrat = 4,5; f = 1; α = 0,05)

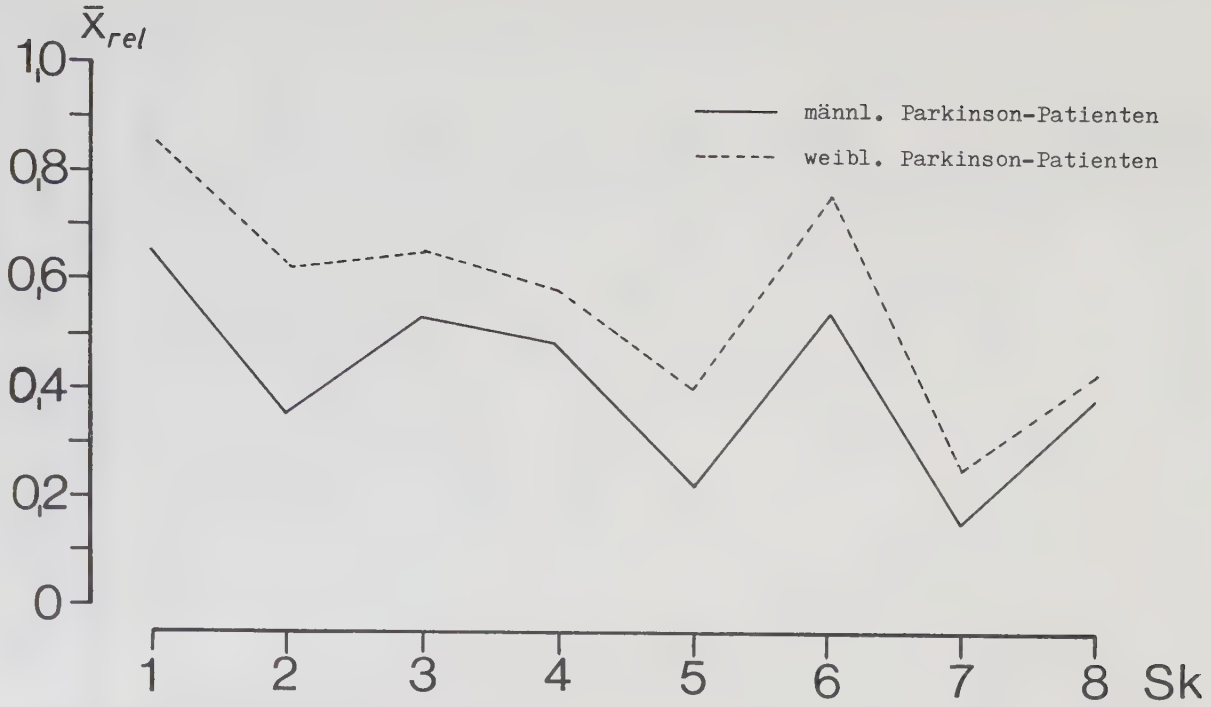


Abb. 5: Geschlechtsabhängige Ausprägung von Todesangst bei Parkinson-Patienten

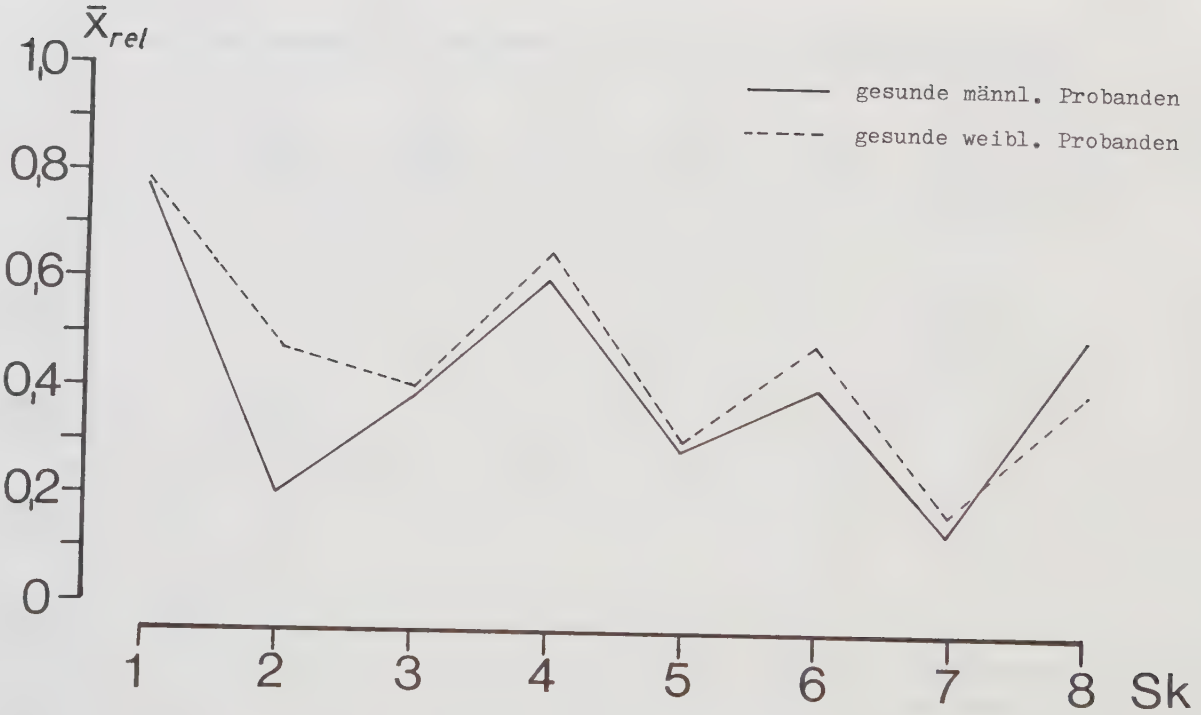


Abb. 6: Geschlechtsabhängige Ausprägung von Todesangst bei gesunden Probanden

5. Zusammenfassung und Diskussion

Die referierten Ergebnisse unterstreichen die Richtigkeit des multidimensionalen Ansatzes von Hoelter zur Erfassung von Angst vor Tod und Sterben und implizieren die Forderung nach Berücksichtigung vieler Todesangstaspekte in zukünftigen Forschungen.
Es wird deutlich, daß Angst vor Tod und Sterben kein eindimensionales Phänomen ist, sondern sich in mehrere Bereiche aufspaltet mit unterschiedlichem Bedeutungsgehalt für den Befragten.

Die hier vorgelegte deutschsprachige Fassung des Todesangstfragebogens hat sich in der, aufgrund von Vorversuchen, modifizierten Form in einer Untersuchung an 120 Probanden mit hohem Durchschnittsalter bewährt.
Auch bei Probanden im weit fortgeschrittenen Lebensalter, verminderter cerebraler Leistungsfähigkeit und einfach strukturierter Psyche konnten, auch im Bedarfsfalle durch Vorlesen der Items, aussagekräftige Ergebnisse ermittelt werden.

Subsumierend kann anhand der vorliegenden Untersuchung über die Beziehungen zwischen Angst vor Tod und Sterben, Geschlechtszugehörigkeit, Gesundheitszustand und Persönlichkeitsmerkmale folgendes ausgesagt werden:

Global gesehen ängstigen sich Frauen signifikant deutlicher vor Tod und Sterben als Männer, wobei eine chronische Alterskrankheit zu einer zusätzlichen Verstärkung der Angstausprägung beiträgt.

Wird der Gesundheitszustand (krank-gesund) als Variable berücksichtigt, so läßt sich folgern, daß chronisch kranke Personen innerhalb ihrer Geschlechtsgruppe signifikant mehr Angst vor Tod und Sterben haben als gesunde.

Obwohl es sich durchaus in die Erwartungen gefügt hätte, konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Erkrankungsschwere und der Angstausprägung ermittelt werden. "Daß es im Ergebnis nicht so ist, kann seine Erklärung darin finden, daß zusätzlich zur Kardinalsymptomatik noch sehr unterschiedliche intellektuelle und emotionelle Begleitsymptome, unterschiedliche Verarbeitungsweisen und soziale Konsequenzen die Erkrankung der Patienten im Gesamterscheinungsbild charakterisieren. Art und Grad ihrer Todesfurcht werden deshalb nicht monofaktoriell durch den neurologischen Status voraussagbar sein" (Jacobi et al. 1982, S. 7f).

Über den Einfluß von Persönlichkeitsmerkmalen kann gesagt werden, daß besonders bei den Vergleichsprobanden signifikant positiv Korrelationen zwischen emotionaler Labilität (Neurotizis-

mus, neurotische Tendenz) und Angst vor Tod und Sterben ermittelt werden konnten (vgl. Tab. 9).

Obwohl deutliche Zusammenhänge bestehen, ist Todesangst in seinen untersuchten Teilbereichen nicht einfach "Emotionalität" oder "Angst", wie in der Persönlichkeitsskala EPI-N erfragt. Wird auf eine bestimmte Situation Bezug genommen, sinkt die Voraussagbarkeit von einer Angst (Eysenck -N) auf die anderen Ängste (nach Hoelter) (Jacobi et al., 1982).

Auch in weiteren Untersuchungen soll berücksichtigt werden, daß mit Sicherheit nicht nur Ängste abgefragt, sondern auch welche induziert werden. Wie sonst mag neben freier Verhaltensbeobachtung das ansonsten schwer erklärbare Ergebnis in der Subskala 3 "Angst vor der Zerstörung des Körpers nach dem Tod" bei den Patienten zustandekommen? Sie reagierten so, als müßten sie die verdeckte Anfrage eines Universitätsmitgliedes nach der Bereitschaft zur Organspende bzw. einer wissenschaftlichen Sektion abwehren. Die Chance eines klärenden Gespräches nach der Befragung, zwischen Interviewer und Interviewtem, sollte immer gegeben sein.

Als sehr aufschlußreich hat sich in der vorliegenden Arbeit die Einbeziehung der Ehepartner erwiesen.

In einer Familie findet eine ständige gegenseitige Beeinflussung aller Mitglieder statt. Ein Kranker bleibt nie isoliert für sich allein, sondern modifiziert bzw. diktiert den Lebensstil bzw. die Einstellungen seiner Familienangehörigen und engt deren Freiraum durch Schaffung von Zwängen mitunter stark ein. Auch in zukünftigen Untersuchungen sollten Familienangehörige nicht ausgeschlossen werden, um intrafamiliäre Interaktionen zu diesem Themenbereich transparenter werden zu lassen.

Die von Hoelter (1979a) durchgeführte Bestimmung der Reliabilität und Konstrukt-Validität für das englische Original sollte für die deutschsprachige Fassung, obwohl eine nahezu wortwörtliche Übersetzung gewählt wurde, erneut vorgenommen werden. Die Werte wurden bei College-Studenten ermittelt und es ist fraglich, ob sie auch bei älteren Probanden und für die deutschsprachige Version noch gelten.
Zur Überprüfung der Voraussetzung, daß jedes Item mit dem allgemeinen oder gemeinsamen Einstellungsfaktor hinreichend geladen ist, sollte eine Faktorenanalyse der Korrelationen zwischen allen Items durchgeführt werden.

6. Ausblick

Der Zeitaufwand von 15-20 Minuten und die einfach strukturierten Fragen gestatten es, den Fragebogen mit anderen Interviewmethoden zu kombinieren und damit die auf die Begegnung mit Tod und Sterben möglichen Reaktionen in verschiedenen Bewußtseinsebenen zu erfassen. Wittkowski (1980b, S. 14) schrieb dazu folgendes: "Die Auswahl der Meßinstrumente sollte sich nicht allein auf die Ebene rational-überbauten Reagierens (z.B. anhand von Fragebogen) beschränken, sondern auch eine kognitiv weniger gesteuerte Verhaltensebene abdecken (z.B. durch projektive Verfahren)". Auch Kastenbaum (1982, S. 20) der sich sehr kritisch über die Aussagekraft und Verwendbarkeit von Todesangstskalen äußerte, räumte ein, daß die Skalen in Verbindung mit anderen Interviewmethoden durchaus ihre Berechtigung hätten.

Die Doppeldeutigkeit mancher hier erhobener Befunde bietet die Möglichkeit, weitere Alternativhypothesen zu formulieren und diese in zukünftigen Untersuchungen zu prüfen. Es kristalisiert sich jedoch heraus, daß nur eine Kombination verschiedener Meßinstrumente diese Doppeldeutigkeiten auszuräumen vermag.

In diesem Zusammenhang sollte auch die Möglichkeit einer positiven, bejahenden Einstellung gegenüber Tod und Sterben Berücksichtigung finden. Mit den Worten von Wittkowski (1978, S. 115): "Vielfach wird Sterben als angenehm, als Zustand der Erlösung und als Glücksgefühl erlebt". Hierzu würde sich z.B. ein semantisches Differential, wie es von Potthoff (1980) verwendet wurde, anbieten.

Auch den Einflüssen von Abwehrmechanismen bei der Beantwortung todbezogener Fragen sollte in zukünftigen Untersuchungen Beachtung geschenkt werden, um deren verfälschendes Ausmaß abschätzen zu können. Überwiegend Verdrängung, Negation und Rationalisierung sind die Abwehrmechanismen, die in Arbeiten zu Tod und Sterben angeführt werden (vgl. Wittkowski, 1978, S. 122ff). Allerdings sind die Untersuchungen hierzu mit gebührender Zurückhaltung zu betrachten, da die mit der Operationalisierung eines Verdrängungsmechanismus verbundenen methodischen Probleme nicht immer überzeugend gelöst wurden (Wittkowski, 1980b).

Über die praktische Relevanz eines Fragebogens zur Angst vor Tod und Sterben, außer zu Forschungszwecken, kann man sicherlich unterschiedlicher Ansicht sein. Die Tätigkeitsbereiche der Kranken- und Altenbetreuung und der Sterbehilfe erfordern

das persönliche Gespräch. Doch wo Zeit und Möglichkeiten knapp sind würde sich der hier vorgestellte Fragebogen, auch in einer an Items reduzierten Form, eventuell als sog. Explorationshilfe anbieten. Die relative Position eines Menschen gegenüber Tod und Sterben wäre klarer einschätzbar und das helfende Gespräch könnte zielgerichteter eingesetzt werden.

7. Literaturverzeichnis

COLLETT, L.J., LESTER, D.: The fear of death an the fear of dying. J.Psychol., 1969, 72, 179-181.

EGGERT, D.: Eysenck-Persönlichkeitsinventar. E-P-I. Handanweisung für die Durchführung und Auswertung. Göttingen: Hogrefe, 1974.

EISSLER, K.R.: Der sterbende Patient. Zur Psychologie des Todes. Stuttgart: Frommann-Holzboog, 1978.

ERLEMEIER, N.: Psychologische Forschungen zum Todesproblem. Z.Gerontol., 1972, 5, 32-49.

ERLEMEIER, N.: Todesfurcht-Ergebnisse und Probleme. Z.Gerontol., 1978, 11, 681-692.

EYSENCK, H.J.: Neurotizismusforschung. In: Handbuch der Psychologie in 12 Bänden. Göttingen: Hogrefe, 1969.

EYSENCK, S.B.G., EYSENCK, H.J.: The Validity of Questionnaires and Rating Assessments of Extraversion and Neuroticism and their Factorial Validity. Brit.J.Psychol., 1963, 54, 51-62.

FREYBERGER, H.: Vom Umgang mit Sterbenden- unter besonderer Berücksichtigung von hospitalisierten internistischen Patienten. In: P. Lüth (Hrsg): Sterben heute - ein menschlicher Vorgang? Stuttgart: Hippokrates, 1976, 154-164.

HARMS, V.: Biomathematik. Statistik und Dokumentation. Kiel: Harms, 1977.

HARTMANN, F.: Umgang mit Sterbenden in der Geschichte. In: Engelke, E., Schmoll, H.-H.J., Wolff, G. (Hg.): Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen. Stuttgart: Enke, 1979, 5-16.

HENSLE, U.: Todesfurcht. Versuch einer Strukturierung und Entwicklung einer Fragebogenskala. Psychologische Beiträge. 1977, 19, 545-566.

HOELTER, J.W.: A multidimensional fear of death scale. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association. September, 1978, San-Francisco.

HOELTER, J.W.: Multidimensional Treatment of Fear of Death. J.Consult.Psychol., 1979(a), 47, 996-999.

HOELTER, J.W.: Religiosity, fear of death and suicide acceptability. Suicide Life-Threat Behav. 9, 1979(b), 163-172.

HOELTER, J.W., HOELTER, J.A.: The Relationship between Fear of Death and Anxiety. J.Psychol., 1978, 99, 225-226.

HOELTER, J.W., EPLEY, R.J.: Death education and death-related attitudes. Death Education 3, 1979, 67-75.

HUBER, G.: Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Stuttgart: Schattauer, 1974.

JACOBI, P.: Befindlichkeitsstörungen im Behandlungsverlauf von Parkinsonkranken. In: Fischer, P.A.: Parkinson-Syndrom: Kombinations- und Begleit-Therapien. Stuttgart: Schattauer, 1980, 225-243.

JACOBI, P., OSTHEIM, H.-L., SCHNEIDER, E., FISCHER, P.A.: Todesfurcht bei chronisch Kranken und ihren Angehörigen. Referat, gehalten auf der 1. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 4.-6. Nov, 1982 in Vechta.

KASTENBAUM, R.: Thanato-Psychologie in den Vereinigten Staaten. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Gastvortrag, gehalten auf der 1. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 4.-6. Nov. 1982 in Vechta.

KASTENBAUM, R., AISENBERG, R.: The Psychology of Death. New York: Springer, 1972.

KÜBLER-ROSS, E.: Interviews mit Sterbenden. Gütersloh: Mohn, 1978(a).

KÜBLER-ROSS, E.: Reif werden zum Tode. Stuttgart: Kreuz, 1978(b).

LESTER, D.: Experimental and Correlational Studies of the Fear of Death. Psychol.Bull., 1967, 67, 27-36.

LEVITT, E.E.: Die Psychologie der Angst. Stuttgart: Kohlhammer, 1979.

MEYER, J.E.: Todesangst und das Todesbewußtsein der Gegenwart. Berlin, Springer, 1979.

MOSES, M.: Considering Death and Dying: Affective Correlates. Diss.Abstr.Int., 1973, 34 (2-B), 877-878.

POECK, K.: Neurologie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Berlin: Springer, 1977.

POTTHOFF, P.: Der Tod im medizinischen Denken. Stuttgart: Enke, 1980.

RINGWALD, E., VIGOURET, J.M.: Die Parkinson-Syndrome und die Parkinson-Krankheit. Nürnberg: Sandoz AG, 1981.

SACHS, L.: Angewandte Statistik. Heidelberg: Springer, 1978.

SCHIPPERGES, H.: Das Phänomen Tod. Z. Gerontol., 1978, 11, 480-488.

SCHMOLL, H.-H.J.: Sterben als sozialer Prozeß. Über das soziale Umfeld des Sterbenden. In: Engelke, E., Schmoll, H.-H.J., Wolff, G. (Hg): Sterbebeistand bei Kindern und Erwachsenen. Stuttgart: Enke, 1979, 40-48.

SCHULTE, W., TÖLLE, R.: Psychiatrie. Berlin: Springer, 1975.

STEIGERWALD, F.: Die empirische Erfassung der Todesangst mit Fragebogen. In: Medizinische Psychologie. Lehre, Forschung und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1980, 54-65.

SÜLLWOLD, F.: Theorie und Methodik der Einstellungsmessung. In: Handbuch der Psychologie in 12 Bänden, Bd. 7.1, Göttingen: Hogrefe, 1969.

TEMPLER, D.I.: The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale. J.Gen.Psychol., 1970, 82, 165-177.

TEMPLER, D.I.: Death Anxiety as Related to Depression and Health of Retired Persons. J.Geront., 1971, 26 (4), 521-523.

TEMPLER, D.I.: Death Anxiety: Extraversion, Neuroticism, and Cigarette Smoking. Omega, 1972, 3, 53-56.

VÖLLER, G.: Parkinson-Fibel. Wolfenbüttel: Fischer, E., 1975.

WITTKOWSKI, J.: Tod und Sterben. Ergebnisse der Thanatopsychologie. Heidelberg: Quelle & Meyer, 1978.

WITTKOWSKI, J.: Die Auseinandersetzung mit der Todesthematik - eine Determinante erfolgreichen Alterns? Z. Gerontol., 1980 (a).

WITTKOWSKI, J.: Zur Psychologie des Todes - Gegenwärtiger Stand und zukünftige Perspektiven. Positionsreferat, gehalten auf dem 32. Kongreß der DGfPs vom 21. - 25.9.80 in Zürich (b).

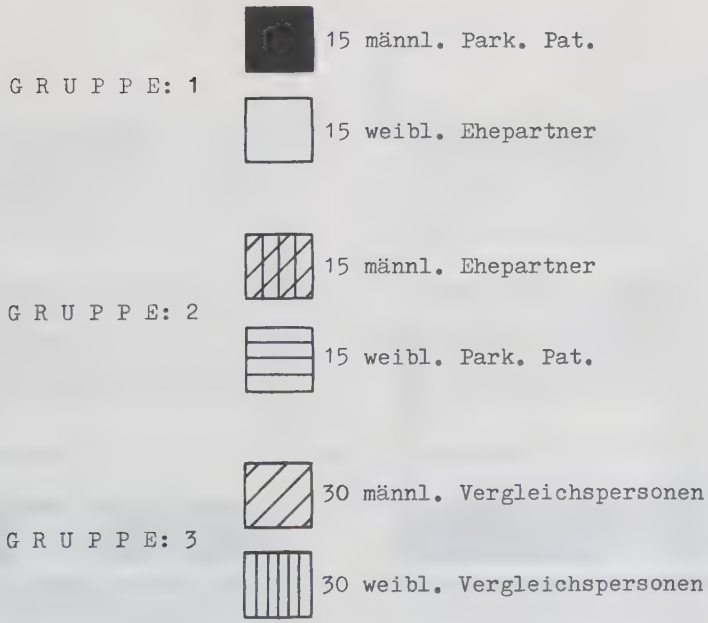
WOLFF, K.: Personality Type and Reaction toward Aging and Death. A Clinical Study. Geriatrics, 1966, 21.

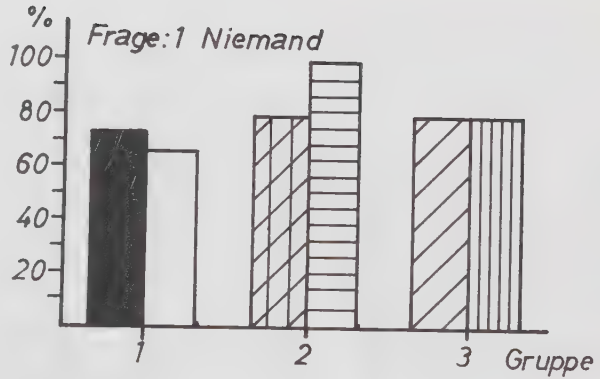
WOLPE, J.: Angst. In: W. Arnold, H.J. Eysenck/ Meili (Hg): Lexikon der Psychologie (Bd 1) Freiburg: Herder, 1971, 103-108.

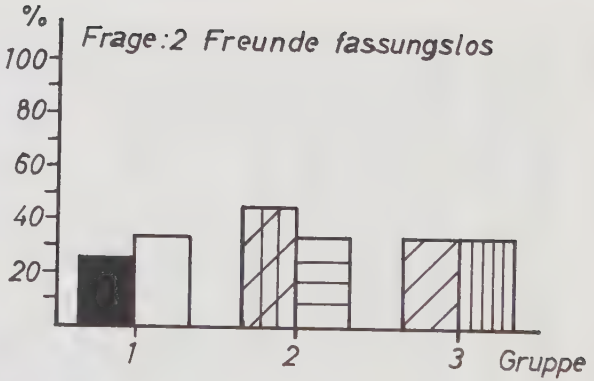
8. Anhang

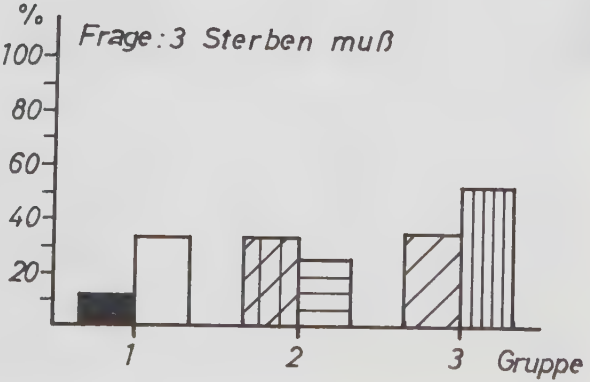
8.1 Antworthäufigkeiten des Todesangstfragebogens

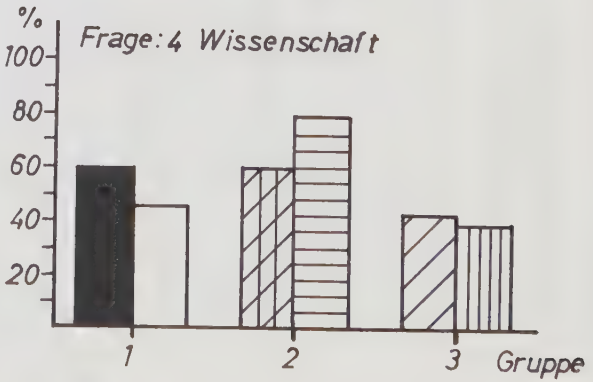
Die folgenden 42 Säulendiagramme verdeutlichen den prozentualen Anteil der Probandengruppen die zu der jeweiligen Frage eine in Angstrichtung weisende Antwort gaben. Gruppe 1 repräsentiert die 15 männlichen Parkinson-Patienten und deren Ehepartner, Gruppe 2 die 15 weiblichen Parkinson-Patienten und deren Ehepartner und Gruppe 3 die 30 Vergleichsehepaare. Zur besseren Verständlichkeit ist jedes Diagramm zusätzlich mit einer Kurzfassung der betreffenden Frage ausgestattet.

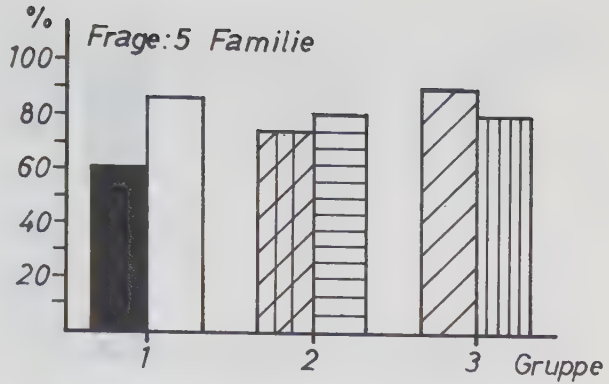


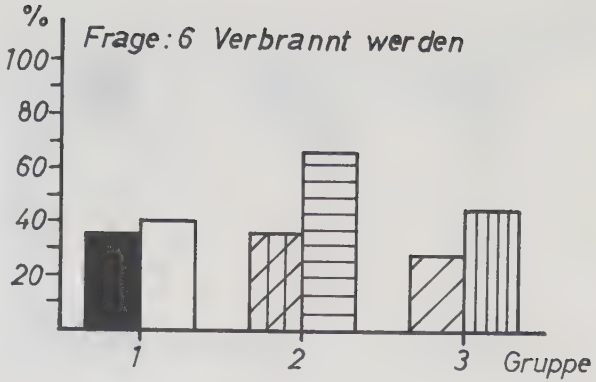

%
100
80
60
40
20
Frage:1 Niemand
1
2
3
Gruppe

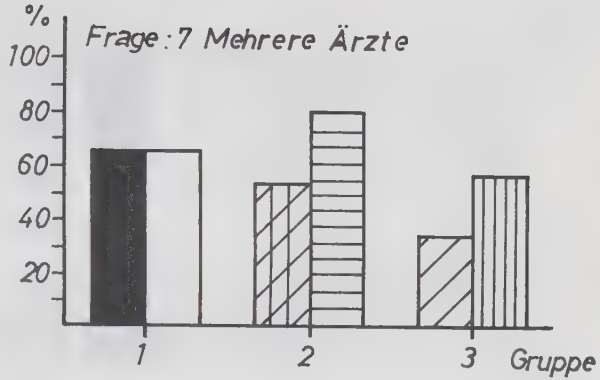

%
100
80
60
40
20
Frage:2 Freunde fassungslos
1
2
3
Gruppe

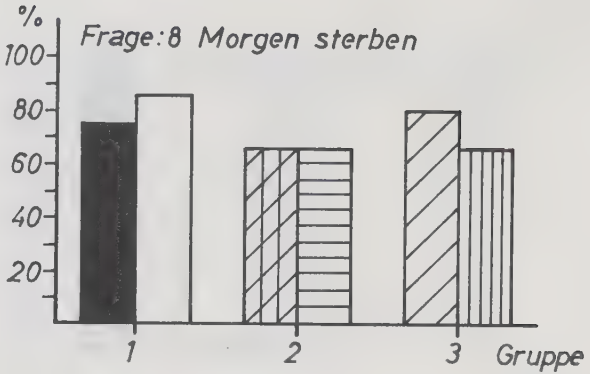

%
100
80
60
40
20
Frage:3 Sterben muß
1
2
3
Gruppe

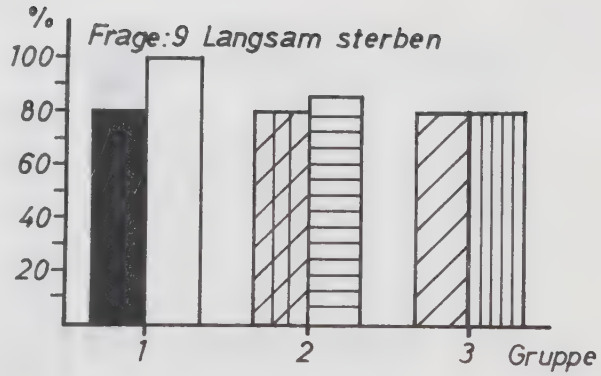

%
100
80
60
40
20
Frage:4 Wissenschaft
1
2
3
Gruppe

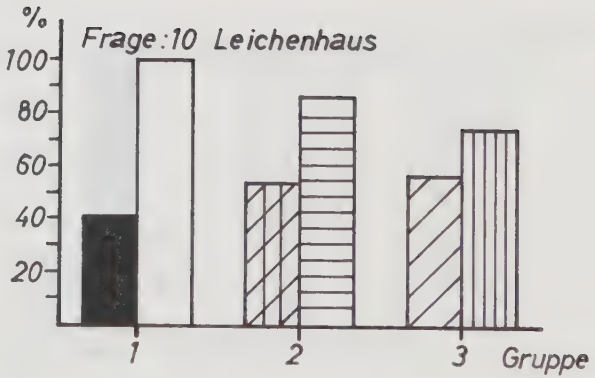

%
100
80
60
40
20
Frage:5 Familie
1
2
3
Gruppe

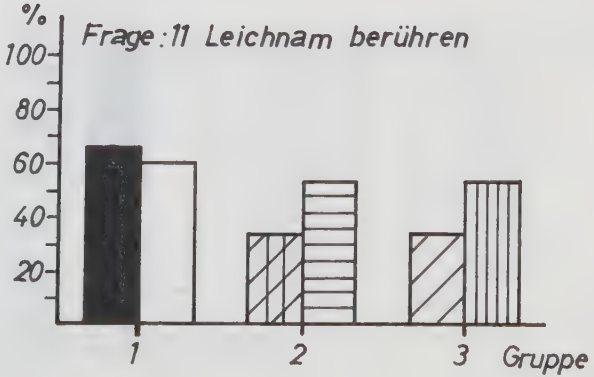

%
100
80
60
40
20
Frage:6 Verbrannt werden
1
2
3
Gruppe

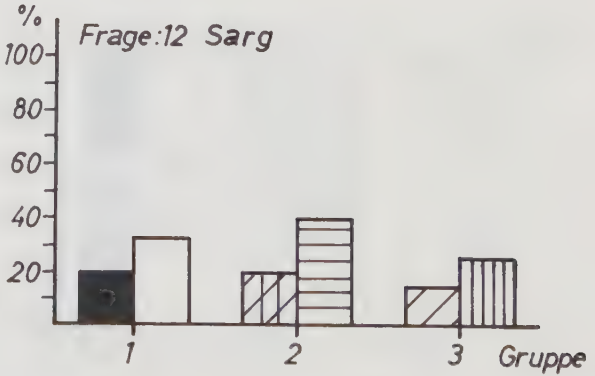

%
100
80
60
40
20
Frage:7 Mehrere Ärzte
1
2
3
Gruppe

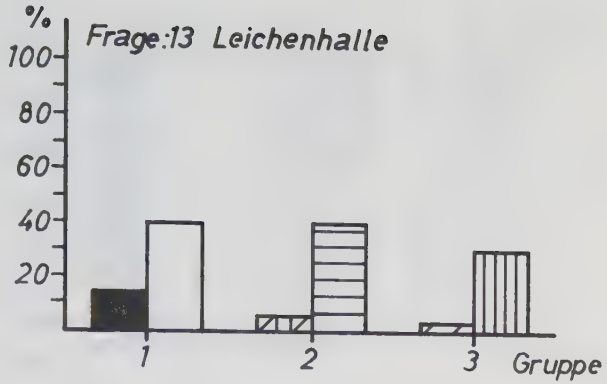

%
100
80
60
40
20
Frage:8 Morgen sterben
1
2
3
Gruppe

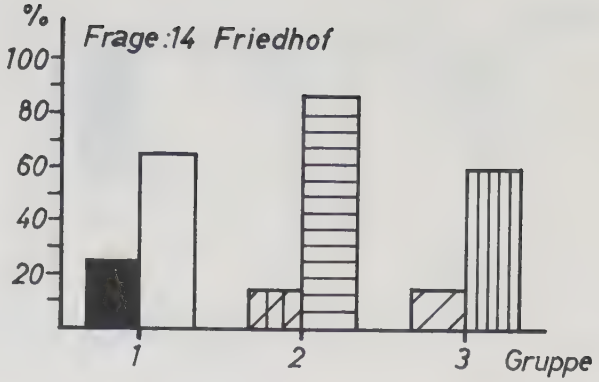

%
Frage:9 Langsam sterben
100
80
60
40
20
1
2
3
Gruppe

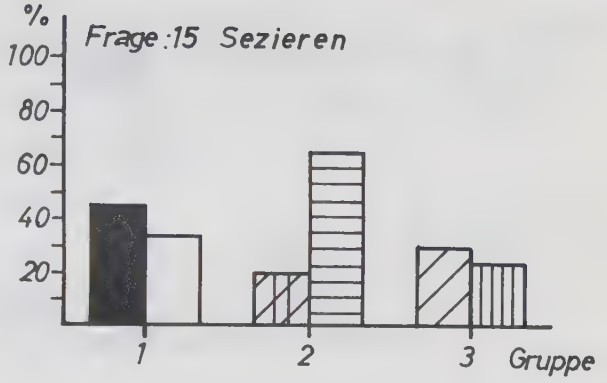

%
Frage:10 Leichenhaus
100
80
60
40
20
1
2
3
Gruppe

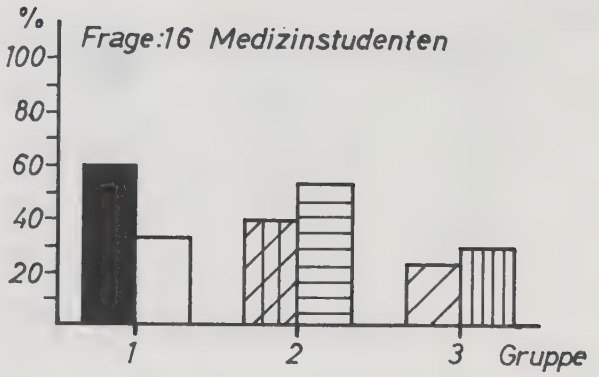

%
Frage:11 Leichnam berühren
100
80
60
40
20
1
2
3
Gruppe

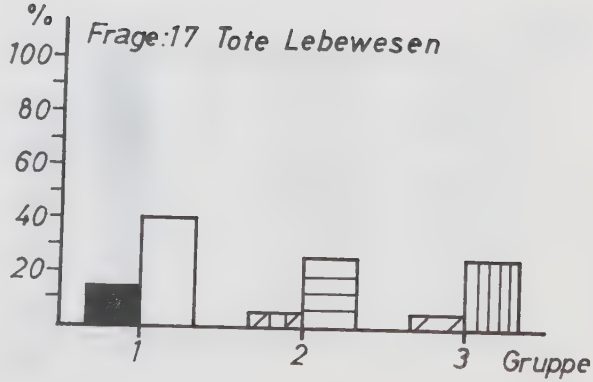

%
Frage:12 Sarg
100
80
60
40
20
1
2
3
Gruppe

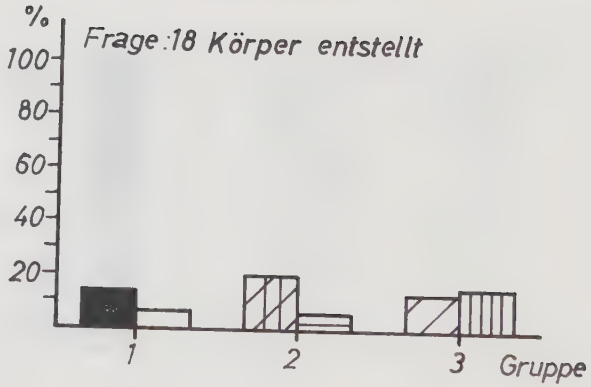

%
100
80
60
40
20
Frage:13 Leichenhalle
1
2
3
Gruppe

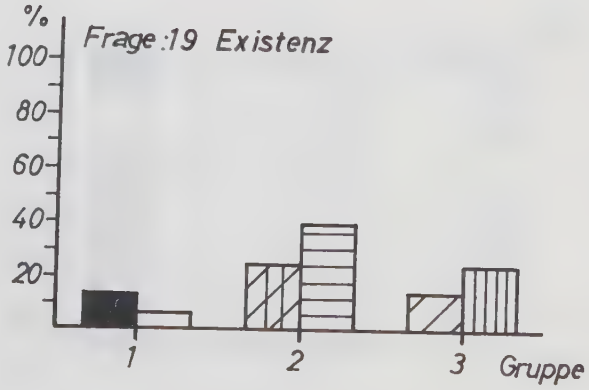

%
100
80
60
40
20
Frage:14 Friedhof
1
2
3
Gruppe

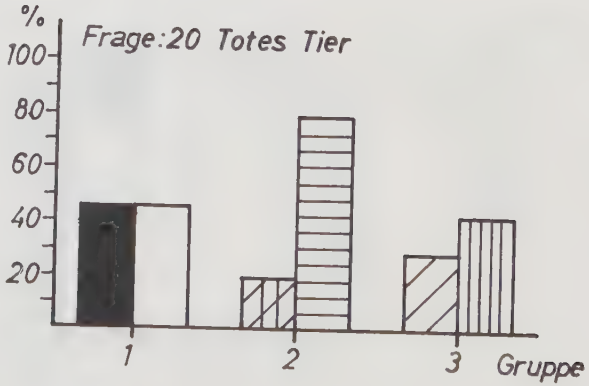

%
100
80
60
40
20
Frage:15 Sezieren
1
2
3
Gruppe

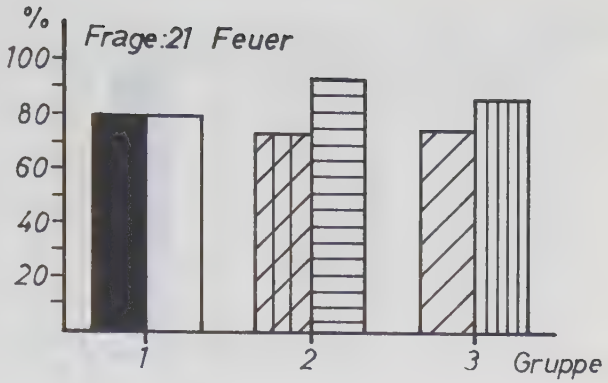

%
100
80
60
40
20
Frage:16 Medizinstudenten
1
2
3
Gruppe

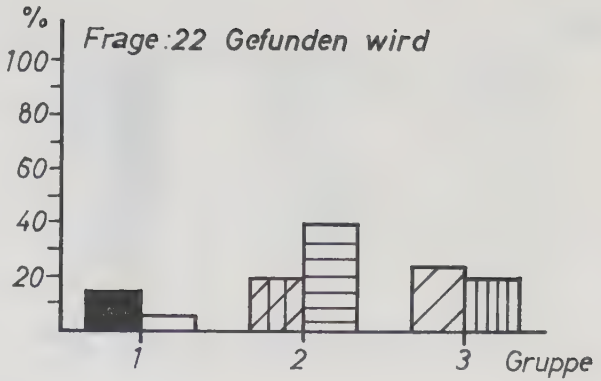

%
100
80
60
40
20
Frage:17 Tote Lebewesen
1
2
3
Gruppe

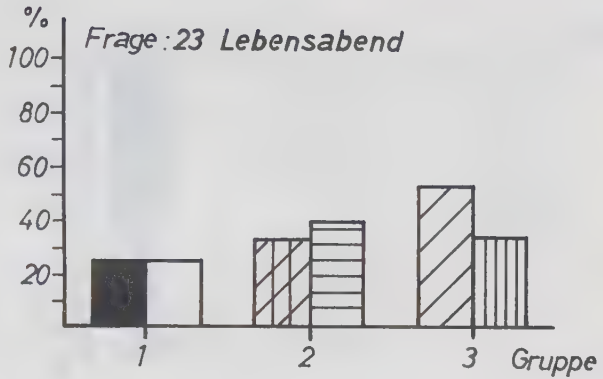

%
100
80
60
40
20
Frage:18 Körper entstellt
1
2
3
Gruppe

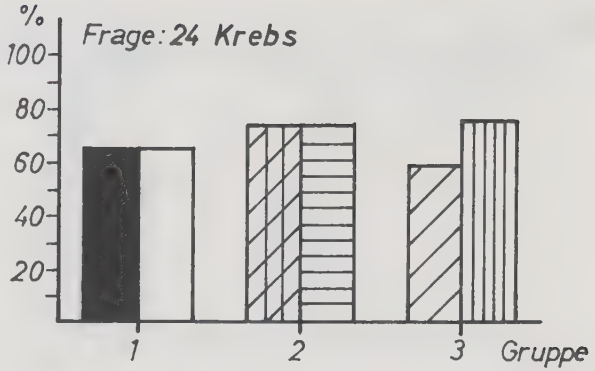

%
100
80
60
40
20
Frage:19 Existenz
1
2
3
Gruppe

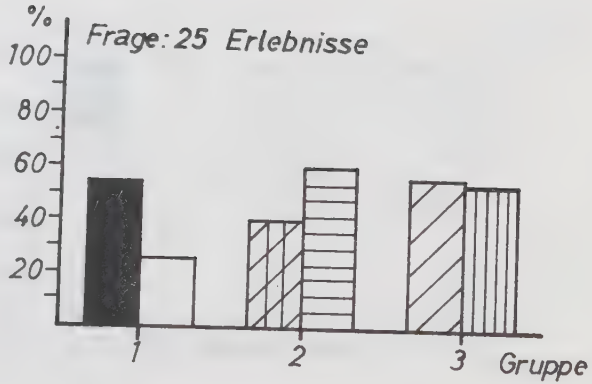

%
100
80
60
40
20
Frage:20 Totes Tier
1
2
3
Gruppe

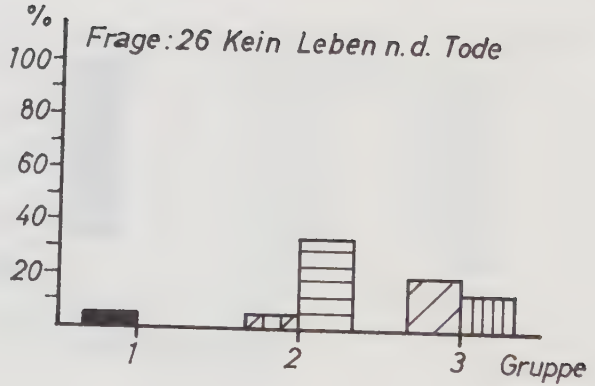

%
100
80
60
40
20
Frage:21 Feuer
1
2
3
Gruppe

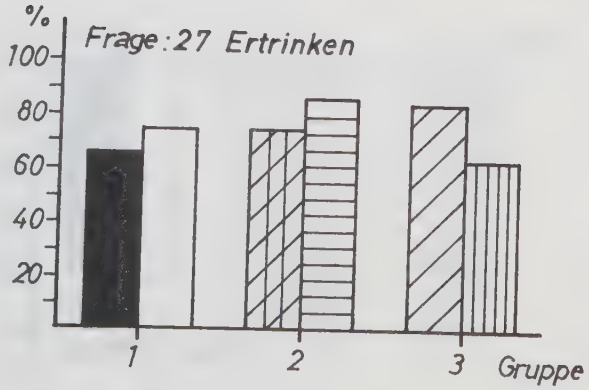

%
100
80
60
40
20
Frage:22 Gefunden wird
1
2
3
Gruppe

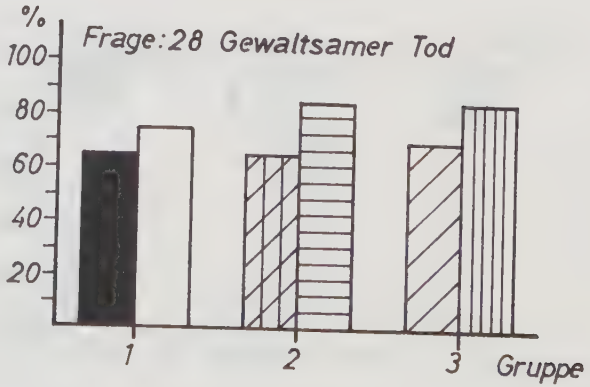

%
100
80
60
40
20
Frage:23 Lebensabend
1
2
3
Gruppe

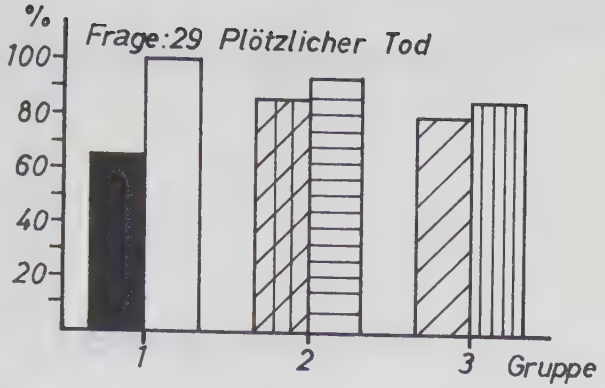

%
100
80
60
40
20
Frage:24 Krebs
1
2
3
Gruppe

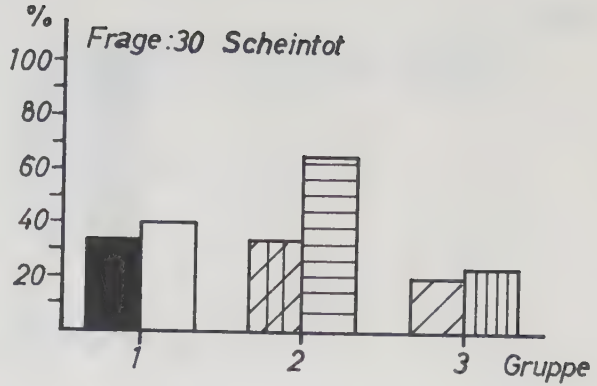

%
100
80
60
40
20
Frage: 25 Erlebnisse
1
2
3
Gruppe

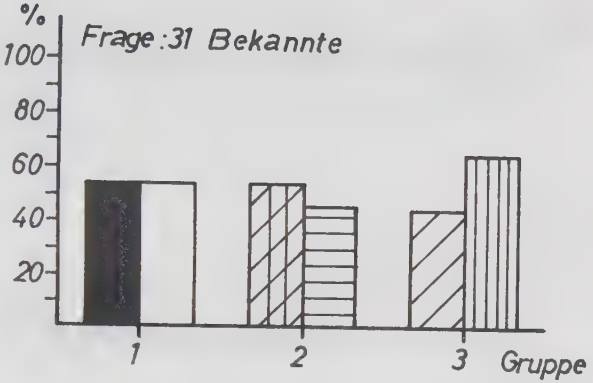

%
100
80
60
40
20
Frage: 26 Kein Leben n.d. Tode
1
2
3
Gruppe

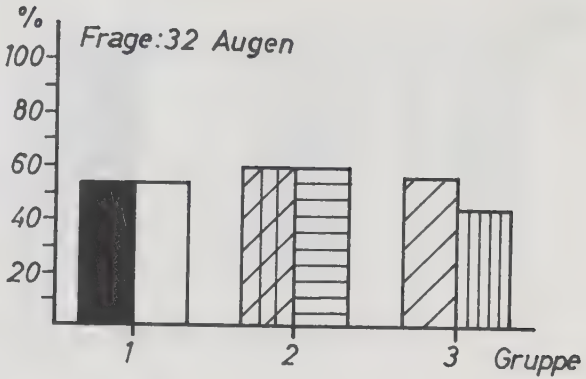

%
100
80
60
40
20
Frage: 27 Ertrinken
1
2
3
Gruppe

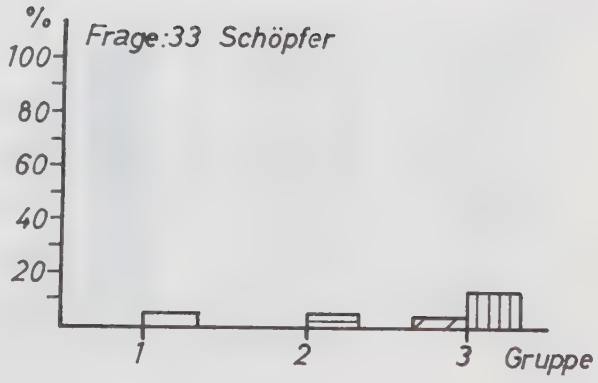

%
100
80
60
40
20
Frage: 28 Gewaltsamer Tod
1
2
3
Gruppe

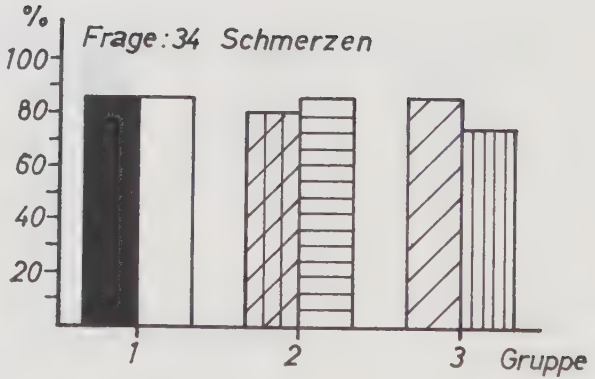

%
100
80
60
40
20
Frage:29 Plötzlicher Tod
1
2
3
Gruppe

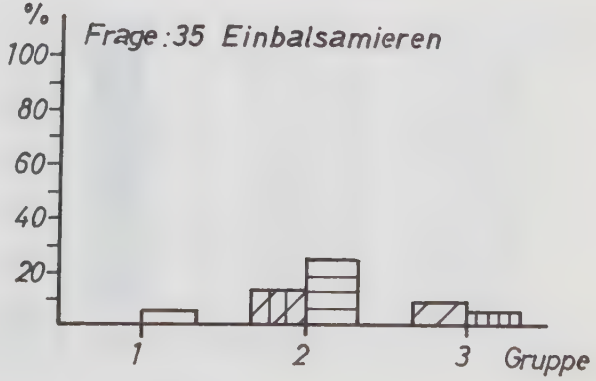

%
100
80
60
40
20
Frage:30 Scheintot
1
2
3
Gruppe

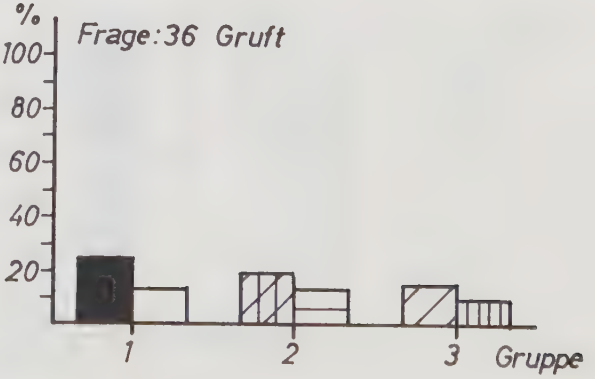

%
100
80
60
40
20
Frage:31 Bekannte
1
2
3
Gruppe

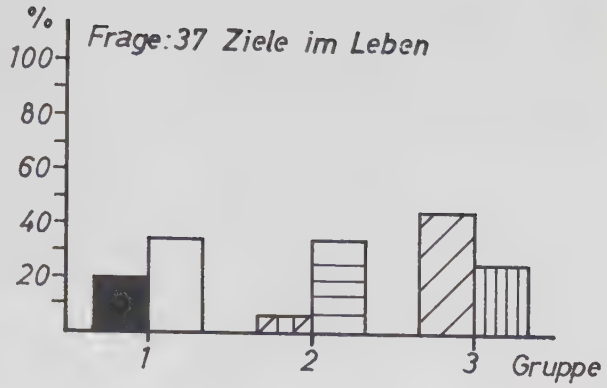

%
100
80
60
40
20
Frage:32 Augen
1
2
3
Gruppe

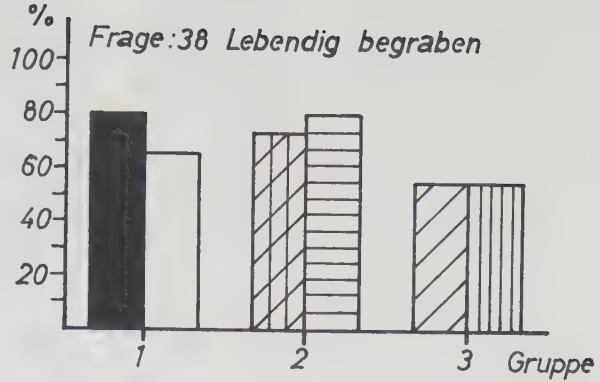

%
100
80
60
40
20
Frage:33 Schöpfer
1
2
3
Gruppe

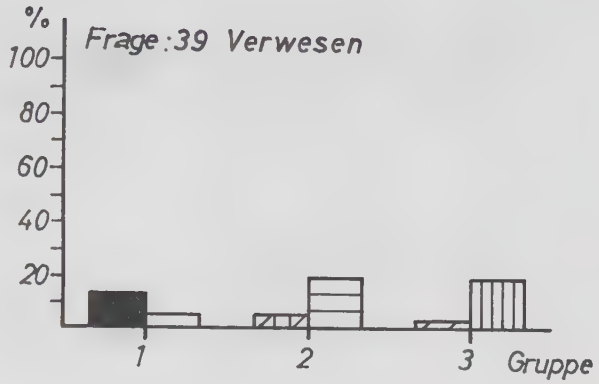

%
100
80
60
40
20
Frage:34 Schmerzen
1
2
3
Gruppe

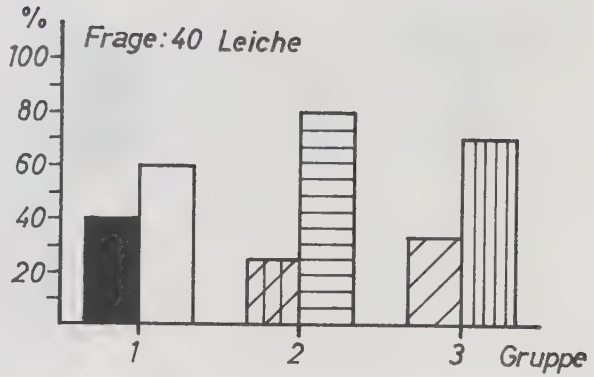

%
100
80
60
40
20
Frage:35 Einbalsamieren
1
2
3
Gruppe

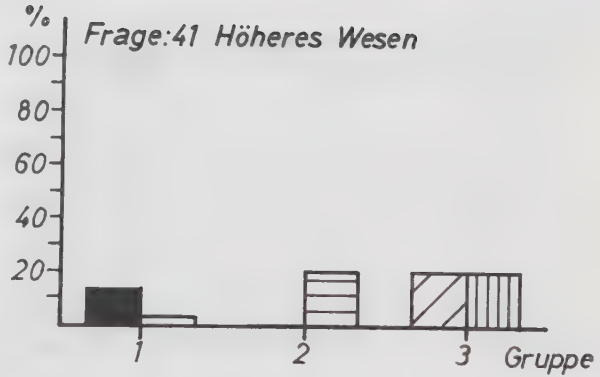

%
100
80
60
40
20
Frage:36 Gruft
1
2
3
Gruppe

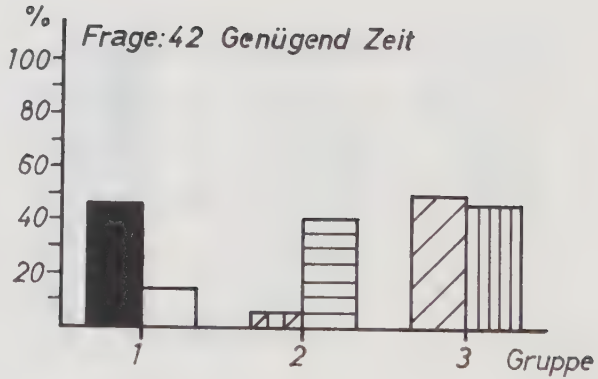

%
100
80
60
40
20
Frage:37 Ziele im Leben
1
2
3
Gruppe


%
100
80
60
40
20
Frage:38 Lebendig begraben
1
2
3
Gruppe


%
100
80
60
40
20
Frage:39 Verwesen
1
2
3
Gruppe


%
100
80
60
40
20
Frage:40 Leiche
1
2
3
Gruppe


%
100
80
60
40
20
Frage:41 Höheres Wesen
1
2
3
Gruppe


%
100
80
60
40
20
Frage:42 Genügend Zeit
1
2
3
Gruppe

8.2 The Multidimensional Fear of Death Scale

The MFODS consists of eight independent subscales designed to measure different aspects of the fear of death construct (or death anxiety). We derived the current set of scale items from two earlier pretests: one structured and one open-ended. The subscales were constructed with both reliability and utility in mind. Thus, the number of indicants defining any particular scale is six and only a few of these items were stated in a reverse direction (as the ratio of positively-worded items to negatively-worded items, or the reverse, approaches unity, reliability estimates tend to decrease). Utilizing a small number of "reversed" items still allows one to detect blatant response setting.

The mean reliability coefficient for the MFODS is .75, which is higher than other multidimensional fear of death scales. Current unidimensional scales have reported reliability coefficients around .90; however, their dimensional assumptions are suspect and must be addressed before interpreting their reliability. One sure way of increasing the reliability of any scale is to increase the number of scale indicants. Thus, some tradeoff must occur between utility and reliability when attempting to measure eight dimensions of a construct.

The validity of the MFODS is not as clear cut of an issue as compared to its reliability. The strongest evidence for validity is discussed in the JCCP article (in relation to religiosity). Other evidence includes the simple procedure of interviewing several subjects after completing the scales to insure they knew what we were trying to measure. Of approximately 30-35 interviews, all subjects agreed that the instrument measured the various aspects of what they perceived the fear of death construct to be. Evidence concerning its discriminant validity has also been obtained. All eight of the subscales were differentiated from the Spielberger et al. Trait Anxiety Scale on the variable of "exposure to death of an immediate family member" (J. W. Hoelter and J. A. Hoelter, "On the interrelationships among exposure to death and dying, fear of death, and anxiety," forthcoming in Omega). This is the first time a fear of death scale has been differentiated from anxiety (the question is often raised concerning whether fear of death and anxiety are truly different constructs).

The MFODS was created using a specific population--college students. While it is impossible to know how adequate this scale will be in examining other populations, experience in lecturing to older groups leads me to suggest that likely results concerning the dimensional structure will be obtained. Special attention should, however, be given to item 42. For use in a population with a large range in age, we would suggest deleting this item or changing it to "I am afraid I may not be able to share as many experiences with my children as I would like to." Also, item 40 may lack appropriateness in an extremely old population, such as nursing home residents.

The scale items which follow are numbered, corresponding to the numbers in Table 1 of the JCCP article. The format for these items include the responses of strongly disagree, disagree, neutral, agrée and strongly agree. While the exact nature of how these responses can be presented probably makes little difference, we put the items on the left-hand side of the page (so no two items measuring the same dimension followed one another) and the five responses at the top of the right-hand side of the page. After each scale item, five lines were placed to the right, lining up with the five responses at the top of the page. Responses were then coded from one (for strongly disagree) through five (for strongly agree). Items followed by asterisks must be recoded prior to analysis (i.e., (5=1), (4=2), (2=4), (1=5)).

Scale Items

Fear of Dying

1. I am afraid of dying very slowly.
2. I am afraid of dying in a fire.
3. I am afraid of experiencing a great deal of pain when I die.
4. I am afraid of dying of cancer.
5. I have a fear of suffocating (including drowning).
6. I have a fear of dying violently.

Fear of the Dead

7. I dread visiting a funeral home.
8. Touching a corpse would not bother me.*
9. Discovering a dead body would be horrifying experience.
10. I would be afraid to walk through a graveyard, alone, at night.
11. It would bother me to remove a dead animal from the road.
12. I am afraid of things which have died.

Fear of Being Destroyed

13. I would like to donate my body to science.*
14. I do not want medical students using my body for practice after I die.
15. I do not like the thought of being cremated.
16. I do not want to donate my eyes after I die.

Fear for Significant Others

17. I have a fear of people in my family dying.
18. If the people I am very close to were to suddenly die, I would suffer for a long time.
19. If I would die tomorrow, my family would be upset for a long time.
20. Since everyone dies, I won't be too upset when my friends die.*
21. I sometimes get upset when acquaintances die.
22. If I died, my friends would be upset for a long time.

Fear of the Unknown

23. I am afraid that there is no afterlife.
24. I am not afraid of meeting my creator.*
25. I am afraid that death is the end of one's existence.
26. I am afraid that there may not be a supreme being.
27. No one can say, for sure, what will happen after death.

Fear of Conscious Death

28. There are probably many people pronounced dead that are really still alive.
29. I am afraid of being buried alive.
30. People should have autopsies to insure that they are dead.
31. It scares me to think I may be conscious while lying in a morgue.
32. I hope more than one doctor examines me before I am pronounced dead.

Fear for Body After Death

33. I am afraid of my body being disfigured when I die.
34. I dread the thought of my body being embalmed some day.
35. The thought of my body never being found after I die scares me.
36. It doesn't matter whether I am buried in a wooden box or a steel vault.*
37. The thought of being locked in a coffin after I die scares me.
38. The thought of my body decaying after I die scares me.

Fear of Premature Death

39. I have a fear of not accomplishing my goals in life before dying.
40. I am afraid I will not live long enough to enjoy my retirement.
41. I am afraid I will not have time to experience everything I want to.
42. I am afraid I may never see my children grow up.

Jon W. Hoelter
McMicken College of Arts and Sciences
Department of Sociology
University of Cincinnati
Cincinnati, Ohio 45221

8.3 Der mehrdimensionale Fragebogen zur Angst vor Tod und Sterben

PbNr.: .....

A n l e i t u n g

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über Sterben und Tod finden, und es wird dabei gefragt, wie Sie dazu stehen. Sie können jeweils eine von drei Antworten ankreuzen:

Beispiel: Ich fürchte mich vor dem Betreten einer Leichenhalle.

☐ JA, trifft zu
(JA, diese Aussage trifft auf mich zu.)

☐ WEDER NOCH
(Diese Aussage trifft weder auf mich zu, noch trifft sie nicht zu.)

☐ NEIN, trifft nicht zu
(NEIN, diese Aussage trifft nicht auf mich zu.)

Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft. Denken Sie dabei nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht auf eigene Anschauungen hat. Versuchen Sie deshalb auch bitte nicht, Antworten zu geben, die den "besten Eindruck" machen könnten, sondern antworten Sie so, wie es persönlich auf Sie zutrifft. Sie können sicher sein, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.

Beginnen Sie jetzt bitte, den Fragebogen zügig und ohne langes Überlegen auszufüllen. Die Bearbeitung sollte nicht viel Zeit in Anspruch nehmen. Lassen Sie keine Frage aus.

Bitte blättern Sie jetzt um.

	JA trifft zu	weder noch	NEIN trifft nicht zu
1. Niemand kann mit Sicherheit sagen, was nach dem Tode sein wird.			
2. Wenn ich sterben würde, wären meine Freunde lange Zeit fassungslos.			
3. Da jeder sterben muß, würde ich dem Tod von Freunden nicht allzu fassungslos gegenüberstehen.×			
4. Ich wäre gerne bereit, meinen Körper der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen.×			
5. Ich habe Angst davor, daß jemand aus meiner Familie sterben könnte.			
6. Der Gedanke, nach meinem Tod verbrannt zu werden, behagt mir nicht.			
7. Ich hoffe, daß mich mehrere Ärzte untersuchen, bevor ich für tot erklärt werde.			
8. Sollte ich morgen sterben, wäre meine Familie lange Zeit fassungslos.			
9. Ich habe Angst davor, sehr langsam zu sterben.			
10. Der Gedanke versetzt mich in Angst, daß ich bei Bewußtsein in einem Leichenhaus liegen könnte.			
11. Es würde mir etwas ausmachen, einen Leichnam zu berühren.			
12. Der Gedanke, nach meinem Tod in einem Sarg eingeschlossen zu sein, ängstigt mich.			

	JA trifft zu	weder noch	NEIN trifft nicht zu
13. Ich fürchte mich vor dem Betreten einer Leichenhalle.			
14. Ich würde mich davor fürchten, nachts allein über einen Friedhof zu gehen.			
15. Jeder Mensch sollte seziert werden, um sicherzugehen, daß er tot ist.			
16. Ich will nicht, daß Medizinstudenten nach meinem Tod meinen Körper zum Lernen benutzen.			
17. Ich habe Angst vor toten Lebewesen.			
18. Ich habe Angst, mein Körper könnte durch den Tod entstellt werden.			
19. Ich habe Angst, daß der Tod das Ende der eigenen Existenz ist.			
20. Es wäre mir unangenehm, ein totes Tier von der Straße wegzuräumen.			
21. Ich habe Angst davor, durch Feuer ums Leben zu kommen.			
22. Der Gedanke, daß mein Körper nach meinem Tod nicht gefunden werden könnte, ängstigt mich.			
23. Ich habe Angst davor, nicht lange genug zu leben, um meinen Lebensabend (Ruhestand) genießen zu können.			
24. Ich habe Angst davor, an Krebs zu sterben.			

	JA trifft zu	weder noch	NEIN trifft nicht zu
25. Ich habe Angst, daß ich nicht mehr so viele gemeinsame Erlebnisse mit meinen Kindern werde teilen können, wie ich gerne möchte.			
26. Ich habe Angst, daß es kein Leben nach dem Tode gibt.			
27. Ich habe Angst vor dem Tod durch Ersticken oder Ertrinken.			
28. Ich habe Angst vor einem gewaltsamen Tod.			
29. Unter dem plötzlichen Tod von Menschen, die mir sehr nahestehen, würde ich sehr lange leiden.			
30. Es gibt wahrscheinlich viele Menschen, die von einem Arzt bereits für tot erklärt wurden, obwohl sie noch am Leben waren.			
31. Ich gerate manchmal außer Fassung, wenn Bekannte sterben.			
32. Ich will meine Augen nach meinem Tode zur Verfügung stellen.×			
33. Ich habe Angst davor, meinem Schöpfer zu begegnen.			
34. Ich habe Angst davor, unter sehr starken Schmerzen zu sterben.			
35. Ich fürchte mich vor dem Gedanken, daß mein Körper eines Tages einbalsamiert (konserviert, vor Verwesung bewahrt) sein könnte.			
36. Es ist mir gleichgültig, ob ich in einem hölzernen Sarg oder einer stählernen Gruft begraben bin.×			

	JA trifft zu	weder noch	NEIN trifft nicht zu
37. Ich habe Angst davor, meine Ziele im Leben noch nicht erreicht zu haben, wenn ich sterbe.			
38. Ich habe Angst davor, lebendig begraben zu werden.			
39. Der Gedanke, daß mein Körper nach meinem Tod verwesen wird, ängstigt mich.			
40. Es wäre für mich ein entsetzliches Erlebnis, eine Leiche zu finden.			
41. Der Gedanke, daß es kein höheres Wesen geben könnte, macht mir Angst.			
42. Ich habe Angst, daß ich nicht mehr genügend Zeit haben könnte, all das zu erleben, was ich möchte.			

ALTER: GESCHLECHT:

RELIGION: PERSONENSTAND:

KINDER: BERUF:

SCHULAUSBILDUNG:

39. Nehmen Sie das Leben leicht, so daß es Ihnen gewöhnlich nicht viel ausmacht, wenn nicht alles in tadelloser Ordnung ist? Ja Nein
40. Haben Sie es „mit den Nerven"? Ja Nein
41. Planen Sie lieber als daß Sie handeln? Ja Nein
42. Verschieben Sie manchmal etwas auf morgen, was Sie eigentlich heute tun müßten? Ja Nein
43. Werden Sie in Fahrstühlen, Zügen oder Tunnels leicht unruhig? Ja Nein
44. Unternehmen Sie gewöhnlich die ersten Schritte, wenn Sie jemand näher kennenlernen wollen? Ja Nein
45. Bekommen Sie schwere Kopfschmerzen? Ja Nein
46. Glauben Sie gewöhnlich, daß viele Dinge sich von allein erledigen und zu guter Letzt alles schon irgendwie richtig laufen wird? Ja Nein
47. Fällt es Ihnen schwer, abends einzuschlafen? Ja Nein
48. Haben Sie in Ihrem Leben manchmal gelogen? Ja Nein
49. Sagen Sie manchmal gleich das erste, was Ihnen in den Kopf kommt? Ja Nein
50. Bedrückt ein unangenehmes Erlebnis Sie überaus lange? Ja Nein
51. Gehen Sie nur bei sehr guten Freunden aus sich heraus? Ja Nein
52. Geraten Sie oft in Schwierigkeiten, weil Sie ohne Überlegung gehandelt haben? Ja Nein
53. Treiben Sie mit Ihren Freunden gern Unfug und erzählen Sie gern Späße? Ja Nein
54. Gewinnen Sie im Spiel lieber als daß Sie verlieren? Ja Nein
55. Fühlen Sie sich oft befangen, wenn Sie mit Vorgesetzten zu tun haben? Ja Nein
56. Versuchen Sie gewöhnlich Ihr Glück, auch wenn die Aussichten schlecht sind? Ja Nein
57. Bekommen Sie vor wichtigen Anlässen oft ein komisches Gefühl im Magen? Ja Nein

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

Eysenck-Persönlichkeitsfragebogen E-P-I

Deutsche Bearbeitung Prof. Dr. Dietrich Eggert

Form B

Vorname _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht _____

Adresse _____

Beruf _____

Alter _____

Testdatum _____

Anweisung

Im folgenden finden Sie einige Fragen, die Ihr Verhalten, Fühlen und Handeln betreffen. Hinter jeder Frage stehen die Antworten „Ja" und „Nein".

Versuchen Sie sich zu entscheiden, ob das „Ja" oder das „Nein" Ihre übliche Art des Handelns oder Fühlens am besten beschreibt. Machen Sie dann bitte um das „Ja" oder „Nein" einen Kreis. Antworten Sie schnell und verwenden Sie nicht zu viel Zeit für einzelne Fragen. Wir möchten Ihre erste Reaktion erfassen und nicht das Ergebnis langer Überlegungen. Für den ganzen Fragebogen sollten Sie nicht mehr als ein paar Minuten brauchen. Vergewissern Sie sich bitte, daß Sie keine Frage ausgelassen haben!

Bitte blättern Sie jetzt diese Seite um und fangen Sie an. Arbeiten Sie schnell und vergessen Sie nicht, auf jede Frage eine Antwort zu geben. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Dies ist kein Intelligenz- oder Fähigkeitstest; es sollen nur Ihre üblichen Verhaltensweisen erkennbar werden.

N =	E =	L =	Nicht ausfüllen!

Copyright by Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen 1974
Gesetzlich geschützt · Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten

1. Haben Sie gern Trubel und Betrieb um sich herum? Ja Nein
2. Geraten Sie oft in einen unruhigen Zustand, in dem Sie etwas tun wollen, aber nicht recht wissen was? Ja Nein
3. Sind Sie so schlagfertig, daß Sie einfach immer eine passende Antwort finden? Ja Nein
4. Fühlen Sie sich ohne ersichtlichen Grund manchmal glücklich und manchmal traurig? Ja Nein
5. Halten Sie sich bei Parties und geselligen Zusammenkünften gewöhnlich im Hintergrund? Ja Nein
6. Haben Sie als Kind immer sofort und ohne Murren getan, was man von Ihnen verlangt hat? Ja Nein
7. Sind Sie ab und zu dickköpfig? Ja Nein
8. Wenn Sie in einen Streit verwickelt werden, tragen Sie diesen dann lieber direkt aus, als ruhig zu warten, in der Hoffnung, daß die Dinge sich von selbst erledigen? Ja Nein
9. Sind Sie launisch? Ja Nein
10. Gehen Sie gern unter Leute? Ja Nein
11. Können Sie oft vor lauter Sorgen nicht schlafen? Ja Nein
12. Werden Sie oft ärgerlich? Ja Nein
13. Würden Sie sich selbst als vergnügt und unbekümmert bezeichnen? Ja Nein
14. Entschließen Sie sich oft zu spät? Ja Nein
15. Arbeiten Sie gern allein? Ja Nein
16. Haben Sie sich oft ohne einen ersichtlichen Grund matt und abgespannt gefühlt? Ja Nein
17. Sind Sie verhältnismäßig lebhaft? Ja Nein
18. Lachen Sie manchmal über einen unanständigen Witz? Ja Nein
19. Haben Sie häufig „einfach alles satt"? Ja Nein

20. Fühlen Sie sich unbehaglich, wenn Sie andere als Ihre gewohnte Kleidung tragen? Ja Nein
21. Wandern Ihre Gedanken oft umher, wenn Sie sich auf etwas zu konzentrieren versuchen? Ja Nein
22. Können Sie Ihre Gedanken schnell in Worte fassen? Ja Nein
23. Sind Sie oft in Gedanken versunken? Ja Nein
24. Sind Sie von Vorurteilen aller Art vollkommen frei? Ja Nein
25. Halten Sie andere gern zum Narren? Ja Nein
26. Denken Sie oft über Ihr bisheriges Leben nach? Ja Nein
27. Liegt Ihnen sehr viel an gutem Essen? Ja Nein
28. Wenn Ihnen etwas zuwider gelaufen ist, müssen Sie sich dann mit jemandem unterhalten, den Sie gern mögen? Ja Nein
29. Würde es Ihnen etwas ausmachen, für einen guten Zweck etwas zu verkaufen oder andere um Geld zu bitten? Ja Nein
30. Geben Sie manchmal ein bißchen an? Ja Nein
31. Sind Sie in einigen Dingen empfindlich? Ja Nein
32. Würden Sie lieber allein zu Hause bleiben, als zu einer langweiligen Gesellschaft zu gehen? Ja Nein
33. Werden Sie manchmal so unruhig, daß Sie nicht still auf einem Stuhl sitzen bleiben können? Ja Nein
34. Planen Sie gern sorgfältig und auf lange Sicht? Ja Nein
35. Wird Ihnen leicht schwindelig? Ja Nein
36. Beantworten Sie einen persönlichen Brief i m m e r sofort nach dem Lesen? Ja Nein
37. Können Sie im allgemeinen Dinge besser erledigen, wenn Sie sich allein damit befassen, als wenn Sie mit anderen darüber reden? Ja Nein
38. Geraten Sie jemals außer Atem, ohne schwere Arbeit getan zu haben? Ja Nein

8.5 Allgemeine Beeinträchtigungsskala

0	Keine Beeinträchtigung, normaler neurologischer Befund
1	Geringe neurologische Zeichen, keine nennenswerte Beeinträchtigung, z.B. bei häuslichen Arbeiten
2	Geringe neurologische Zeichen, beginnende Beeinträchtigung, etwa Verlangsamung beim Ankleiden, Fleischschneiden erschwert, u.ä., Gang noch mit normalen Schritten
3	Mäßige (mittelgradige) neurologische Zeichen. Pat. ist deutlich verlangsamt, kann z.B. Knöpfe noch schließen, benötigt lange Zeit beim Hinlegen, Aufstehen, Drehen im Bett, Gang angedeutet kleinschrittig
4	Ausgeprägte neurologische Zeichen. Pat. benötigt Hilfe bei manchen Verrichtungen, z.B. Hinlegen, kann Nahrung nur noch mit dem Löffel zu sich nehmen, Gang kleinschrittig, kommt nur langsam in Gang, braucht teilweise Führung beim Gehen
5	Schweres neurologisches Syndrom, Gehen nur noch mit Unterstützung möglich, kann sich allein nicht drehen beim Gehen, benötigt Hilfe beim Erheben, muß vollkommen angekleidet werden
6	Pat. kann nicht mehr sitzen, liegt völlig bewegungsunfähig und hilflos im Bett, keine aktiven Bewegungen mehr möglich
7	Tod als Folge des Parkinson-Syndroms.

Herrn PD Dipl.Psych. Dr. P. Jacobi danke ich für die Überlassung des Themas, für seine wertvolle Unterstützung bei den statistischen Berechnungen und der Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit.

Herrn Professor Dr. P.-A. Fischer danke ich für die Zugangsmöglichkeit zum Parkinson-Krankengut und für die Übernahme von Rechenkosten bei der EDV.

Lebenslauf

Am 1.2.1953 wurde ich als 2. Kind des Bäcker- und Konditormeisters Erwin Ostheim und seiner Ehefrau Therese, geb. Wagner in Königstein/Ts. geboren. Drei Jahre später übersiedelten meine Eltern nach Offenbach und übernahmen dort eine Bäckerei.

Von April 1959 bis Juli 1966 besuchte ich die Goetheschule in Offenbach, anschließend die Eichendorffschule bis Juli 1967. Von dort wechselte ich auf die Gewerbliche Berufsfachschule/Offenbach, die ich im Juli 1969 mit der Mittleren Reife abschloß.

Ab September 1969 war ich Schüler des Technischen Gymnasiums in Offenbach, an dem ich im Juni 1972 das Abitur machte.

Im Anschluß daran begann ich ein Physikstudium (Abschluß Diplom) an der Technischen Hochschule Darmstadt. Nach dem 2. Semester wurde ich als anerkannter Wehrdienstverweigerer zum Zivildienst einberufen, den ich nach einer Ausbildung zum Rettungssanitäter beim Roten Kreuz in Offenbach und Seligenstadt ableistete.

Nach Beendigung des Zivildienstes nahm ich im April 1975 das Studium der Humanmedizin an der Universität Frankfurt auf.

Die Ärztliche Vorprüfung legte ich im März 1978 ab und den 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im März 1979.

Im Rahmen der praktischen Ausbildung famulierte ich jeweils einen Monat auf einer neurologischen Abteilung (Katharinen-Krankenhaus) und bei einem chirurgischen Belegarzt mit eigener Praxis, außerdem zwei Monate auf einer Inneren Abteilung (Bethanien- und Katharinen-Krankenhaus).

Im März 1981 legte ich den 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ab und begann mein Praktisches Jahr im St. Marienkrankenhaus Frankfurt: 4 Monate Innere Medizin (Chefarzt Prof. Göggel), 4 Monate Chirurgie (Chefarzt Prof. Klöss) und 4 Monate HNO (Chefarzt Dr. Behm-Trendelenburg).

Nach dem 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im April 1982 arbeitete ich als Assistenzarzt auf der HNO-Abteilung des St. Marienkrankenhauses Frankfurt.

Von dort wechselte ich im November 1982 auf die Chirurgische Abteilung des St. Katharinen-Krankenhauses Frankfurt, Chefarzt: Prof. Dr. med. Seitz, wo ich als Assistenzarzt zur Zeit noch beschäftigt bin.

Ich bin seit 1979 verheiratet und Vater eines zweijährigen Sohnes.

Hans-Ludwig Ost

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, daß ich die dem Fachbereich Humanmedizin Frankfurt/Main zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel

EINSTELLUNGSUNTERSUCHUNG ZUR ANGST VOR TOD
UND STERBEN BEI PARKINSON-PATIENTEN
UND IHREN EHEPARTNERN

im Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie unter Leitung von PD Dipl.Psych. Dr. P. Jacobi mit Unterstützung durch Prof. Dr. P.-A. Fischer ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen Medizinischen Fakultät ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht noch die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Frankfurt/Main, den 4. Mai 1983

Hans Ludwig Attr